



# **Informe Institucional de Autoevaluación de Control Interno**

**Periodo: Octubre 2019 – Setiembre 2020**

**Unidad de Planificación Institucional**

**Dirección de Planificación**

**Junio 2021**

## **PRESENTACIÓN**

Los resultados del proceso de autoevaluación del Sistema de Control Interno del Ministerio de Salud, que se presentan en el siguiente informe se obtuvieron del análisis realizado por cada una de las unidades organizativas de acuerdo con los hallazgos obtenidos mediante la aplicación de la herramienta denominada “Cuestionario de Autoevaluación de Control Interno”, para el periodo 2019-2020.

La Unidad de Planificación Institucional, en cumplimiento con lo establecido en la Ley número 8292 “Ley General de Control Interno” y directrices institucionales, procedió a conducir la autoevaluación para el periodo en cuestión, con el fin de analizar el funcionamiento del Sistema de Control Interno a nivel institucional, como parte del mejoramiento de la gestión, estableciendo medidas de mejora para que las unidades organizativas del Ministerio de Salud, logren sus objetivos y metas propuestas.

## **ALCANCE**

La autoevaluación se aplica en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud.

## **METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

Para elaborar el presente informe, se recopiló información de las respuestas obtenidas de la aplicación del cuestionario de autoevaluación del periodo 2019-2020, de cada una de las unidades organizativas que componen la Institución, las cuales se apoyaron en el Manual de Procedimientos e instructivo correspondiente; en la Ley General de Control Interno y Manual de Normas Generales de Control Interno.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la autoevaluación de control interno, entendiendo cada uno de sus componentes como:

### **Deberes y Responsabilidades Generales:**

Es la información de carácter legal y técnica referida a toda la materia que atañe a la competencia de cada unidad organizativa, así como los procedimientos internos de las labores que realizan, dicha información debe manejarse en forma física ó digital y debe ser de fácil acceso al personal.

**Ambiente de Control:**

Conjunto de factores del ambiente organizacional que debe establecer y mantener el jerarca, los titulares subordinados y demás funcionarios, que permiten el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el Proceso de Control Interno y para una administración escrupulosa.

**Valoración del Riesgo:**

Identificación y análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas relevantes para la consecución de los objetivos; debe ser realizado por el jerarca y los titulares subordinados, con el fin de determinar cómo se deben administrar dichos riesgos.

**Actividades de Control:**

Políticas y procedimientos que permiten obtener la seguridad de que se lleven a cabo las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, por los jefes y los titulares subordinados para la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno.

**Sistemas de información:**

Que permitan a la administración activa tener una gestión documental institucional, con el fin de controlar, almacenar y, posteriormente, recuperar de modo adecuado la información producida o recibida en la organización, en el desarrollo de sus actividades, para prevenir cualquier desviación en los objetivos trazados. Dicha gestión documental deberá estar estrechamente relacionada con la gestión de la información, en la que deberán contemplarse las bases de datos corporativos y las demás aplicaciones informáticas, las cuales se constituyen en importantes fuentes de la información registrada.

**Criterios de Seguimiento:**

Entiéndase por seguimiento del Sistema de Control Interno, las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del Sistema de Control Interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

# **Nivel Central**

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

### **DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURIDICOS**

Según el cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa presenta cumplimiento de 100% en todos los componentes, por tanto, no se identifican oportunidades de mejora.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección de Asuntos Jurídicos mantuvo el 100% de cumplimiento en todos los componentes del sistema de Control Interno.

La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.01**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Dirección de Asuntos Jurídicos, periodo 2019-2020**

<b>Componente</b>	<b>Porcentaje</b>
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.02**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Organizativa Dirección Asuntos Jurídicos**

<b>Componente</b>	<b>Cumplimiento 2014-2015</b>	<b>Cumplimiento 2015-2016</b>	<b>Cumplimiento 2016-2017</b>	<b>Cumplimiento 2017-2018</b>	<b>Cumplimiento 2018-2019</b>	<b>Cumplimiento 2019-2020</b>
Deberes Generales	100	100	100	100	100	100
Ambiente de Control	100	100	100	100	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	100	100	100	100	100	100
Sistemas de Información	100	100	100	100	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:*



GA ASUNTOS  
JURÍDICOS.pdf

## UNIDAD DE RELACIONES INTERNACIONALES (URI)

Conforme a la información del cuestionario Guía de Autoevaluación correspondiente a esta unidad en el componente Actividades de Control ítems unidad organizativa, se obtiene que la pregunta “C1501 ¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?” contestada como No Cumple, se indica en observaciones “Los manuales existentes están pendientes de actualización”.

En la sección correspondiente al Plan de Acción de Mejora no se estable la acción pertinente a implementar por parte de esta unidad organizativa con el fin de dar cumplimiento a la pregunta anterior.

**Cuadro N°.03**  
**Debilidades identificadas por componente, ítems**  
**Unidad Organizativa Relaciones Internacionales, periodo 2019-2020**

Componente	Debilidad	Acción de Mejora
Actividades de Control	Los manuales existentes están pendientes de actualización	No se indica en el Plan de Acción de Mejora

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Se identifican en el cuestionario Guía de Autoevaluación dos preguntas sin contestar:

**Cuadro N°.04**  
**Preguntas sin contestar por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa Relaciones Internacionales, periodo 2019-2020**

Componente	Código	Pregunta	Ítems Responsabilidad
Valoración del Riesgo	R1411	¿Se actualiza periódicamente la normativa institucional de Valoración del Riesgo (SEVRI)?	Institucional
Sistemas de Información	I1625	¿Se mantienen actualizados los formularios de procedimientos y protocolos en INTRANET?	Institucional

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

El Informe autoevaluación de Control Interno Periodo: noviembre 2019-octubre 2020, no cuenta con la firma correspondiente a la jefatura de la unidad organizativa. Los niveles

de cumplimiento ítems unidad organizativa de 100% en cada uno de sus componentes, excepto para el componente Actividades de Control con 91% de cumplimiento.

En comparación con el periodo 2018-2019 la URI incremento en 8% Ambiente de Control y Valoración del riesgo en 17%, y disminuye Actividades de Control un 9%. En términos generales para el periodo en estudio la URI refleja un 98% de cumplimiento para los ítems de unidad organizativa. En los siguientes cuadros se ilustra la información anterior.

**Cuadro N°.05**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa Relaciones Internacionales, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>98%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.06**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa Relaciones Internacionales**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	100	100	100
Ambiente de Control	100	100	100	100	92	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	83	100
Actividades de Control	100	100	100	100	100	91
Sistemas de Información	100	100	100	89	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:

-   
 Informe  
 Autoevaluación de Co
-   
 CONSTANCIA DE  
 REUNIÓN VIRTUAL U
-   
 GA RELACIONAES  
 INTERNACIONALES 2

## DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

De conformidad con la información proporcionada en el cuestionario Guía de Autoevaluación correspondiente a esta Dirección en el componente Actividades de Control ítems unidad organizativa, se obtiene que la pregunta “C1505 ¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?” contestada como No Cumple, en Plan de Acción de Mejora no se estable la acción pertinente a implementar por parte de esta unidad organizativa con el fin de dar cumplimiento a la pregunta anterior.

**Cuadro N°.07**  
**Debilidades identificadas por componente, ítems**  
**Unidad Organizativa Dirección Planificación, periodo 2019-2020**

Componente	Debilidad	Acción de Mejora
Actividades de Control	Se realiza hasta la verificación, por limitación de recurso humano.	No se indica en el Plan de Acción de Mejora

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Se identifica en el cuestionario Guía de Autoevaluación la siguiente pregunta sin contestar:

**Cuadro N°.08**  
**Preguntas sin contestar por componente del SCI**  
**Dirección de Planificación, periodo 2019-2020**

Componente	Código	Pregunta	Ítems Responsabilidad
Valoración del Riesgo	R1411	¿Se actualiza periódicamente la normativa institucional de Valoración del Riesgo (SEVRI)?	Institucional

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

El Informe autoevaluación de Control Interno Periodo: noviembre 2019-octubre 2020, no cuenta con la firma correspondiente a la jefatura de la unidad organizativa. Los niveles de cumplimiento ítems unidad organizativa de 100% en cada uno de sus componentes, excepto para el componente Actividades de Control con 91% de cumplimiento.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección de Planificación incremento el porcentaje de cumplimiento en 15% Ambiente de Control, 14% Valoración del Riesgo, 27% Actividades de Control, 09% Sistemas de Información, 50% Criterios de Seguimiento y Deberes Generales se mantiene en 100%.

Destaca el componente Actividades de Control que históricamente el porcentaje de cumplimiento no superaba el 64%, y para el periodo 2019-2020 incremento en un 27% en comparación al periodo anterior para alcanzar 91% de cumplimiento para este componente. La Dirección de Planificación refleja un progresivo incremento en el porcentaje de cumplimiento, por periodo de los resultados de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno. La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.09**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa Dirección de Planificación, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>98%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

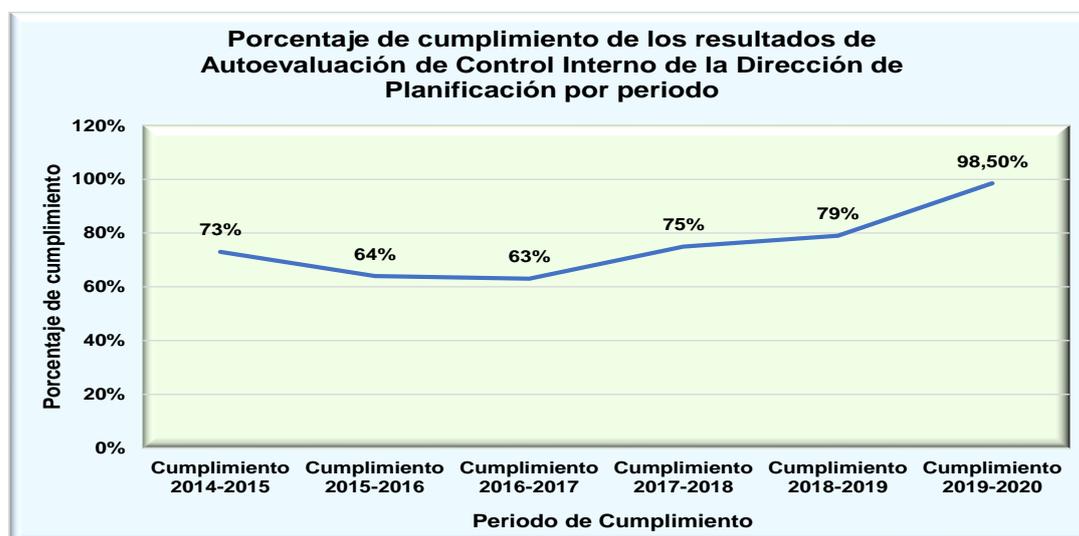


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.10**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Dirección de Planificación**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	86	67	83	100	100	100
Ambiente de Control	83	67	83	83	85	100
Valoración del Riesgo	64	83	43	43	86	100
Actividades de Control	46	62	55	64	64	91
Sistemas de Información	100	64	82	82	91	100
Criterios de Seguimiento	57	43	33	80	50	100
<b>TOTAL</b>	<b>73%</b>	<b>64%</b>	<b>63%</b>	<b>75%</b>	<b>79%</b>	<b>98,5%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se muestra el detalle de las acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Unidad Organizativa:

CUADRO No.1 1

ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN , PERIODO 2019-2020

COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	1	1	1	3
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	2	1	0	0	3
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

La Dirección de Planificación para el periodo 2019-2020, estableció las siguientes acciones de mejora que se presentan en el siguiente Plan de Acción de Mejora:



Cuadro No.12  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: Dirección de Planificación  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Guiselle Rojas Sánchez, Mario Olivera Rojas, Leslie Ríos Durán y Katherine Cruz Andrade  
PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019 - Setiembre 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 16 de octubre de 2020

Componente SCI	Código	Ítems Responsabilidad	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
								I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1413	Institucional	¿Se realiza en la institución un análisis del entorno interno y externo que sirva de base para la actualización del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)?	Parcial	No se realiza el análisis externo, solamente el interno	Diseño del procedimiento para hacer el análisis externo ( conformación de equipo de trabajo).	Dirección de planificación en conjunto con los funcionarios encargados de elaborar procedimientos.( 3 nivel central , 1 direcciones regionales, 1 de áreas).		X		
						Implementación del procedimiento	Dirección de planificación en conjunto con algunos representantes enlaces de Control Interno de las Unidades organizativas			X	
						Evaluación	Dirección de planificación en conjunto con los compañeros de Control Interno.				X
Sistemas de Información	I1606	Unidad Organizativa	¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Cumple	Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios) pero en ocasiones se da mal direccionamiento de los correos , duplicidad de respuestas y pérdida de la información.	Coordinación con DTIC para el mejoramiento en el direccionamiento del correo electrónico a nivel de Dirección y jefaturas		X			
						Elaboración de lineamientos a lo interno de la Unidad Organizativa para el adecuado uso y direccionamiento del correo hacia la Dirección y jefaturas.	Dirección de Planificación y jefaturas de Unidad		X		
						Socialización de lineamientos	Dirección de Planificación			X	

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



Informe Control  
Interno 2019. 2020.



Bitacora Reunión



GA DIRECCIÓN

PLANIFICACIÓN 2019

## DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

Conforme a la información del cuestionario Guía de Autoevaluación correspondiente a esta unidad organizativa remitido bajo el oficio MS-DA-0572-2020. En los componentes Deberes Generales y Valoración del Riesgo presentan las siguientes preguntas sin contestar:

**Cuadro N°. 13**  
**Preguntas sin contestar por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa División Administrativa, periodo 2019-2020**

Componente	Código	Pregunta	Ítems Responsabilidad
Deberes Generales	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa, así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jерarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Organizativa
Valoración del Riesgo	R1411	¿Se actualiza periódicamente la normativa institucional de Valoración del Riesgo (SEVRI)?	Institucional

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La División Administrativa identificó las siguientes debilidades:

**Cuadro N°. 14**  
**Debilidades identificadas por componente, ítems**  
**Unidad Organizativa División Administrativa, periodo 2019-2020**

Componente	Debilidad	Acción de Mejora
Actividades de Control	Existen Manuales de actualización en proceso	Actualización de los procedimientos existentes en la Unidad Organizativa
	Existen Manuales de actualización en proceso	Actualización de los procedimientos existentes en la Unidad Organizativa

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Los niveles de cumplimiento ítems unidad organizativa de 100% en cada uno de sus componentes, excepto para el componente Actividades de Control con 82% derivado de contestar dos preguntas como cumplidas parcialmente.

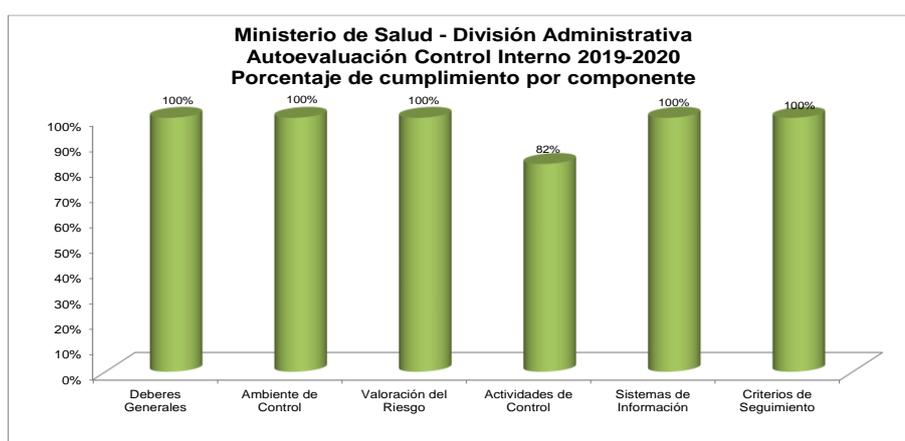
En comparación con el periodo 2018-2019 la División Administrativa mantuvo el 100% de cumplimiento para los componentes Deberes Generales, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento, incremento 8% Ambiente de Control, disminuyendo 18% en el componente Actividades de Control. En los siguientes cuadros se ilustra la información anterior. Destacando al componente Ambiente de Control que históricamente el porcentaje de cumplimiento no lograba alcanzar 100%, y para el periodo 2019-2020 incremento en un 08%, y por el contrario el componente Actividades de Control que en los periodos anteriores se mantenía entre 92% y 100% de cumplimiento bajo a un 82%. en comparación al periodo anterior para alcanzar 91% de cumplimiento para este componente. La División Administrativa presenta un cumplimiento total del periodo 2014-2015 al 2019-2020 entre 87% y 97% que refleja el esfuerzo de la unidad organizativa en pro de la mejora continua.

La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.15**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa División Administrativa, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	82
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

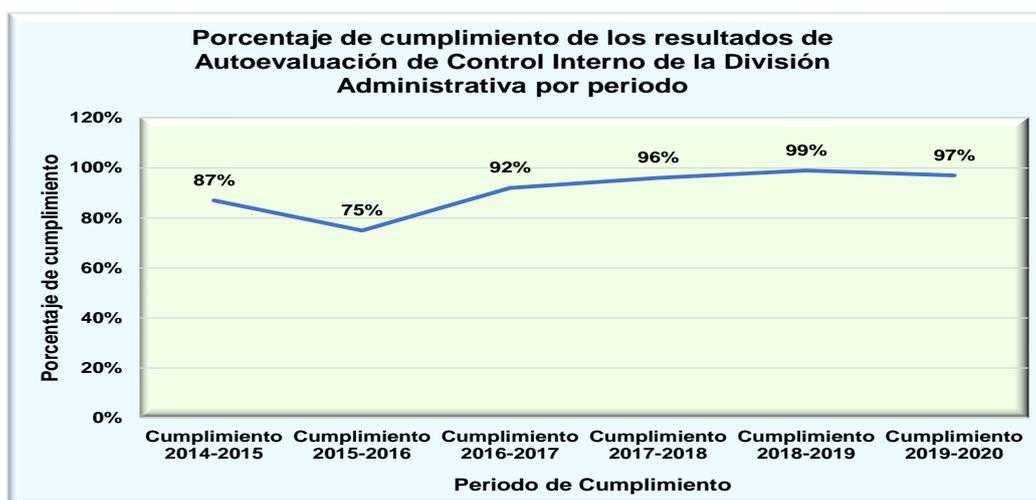


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.16**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad División Administrativa**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	86	86	71	100	100	100
Ambiente de Control	67	83	83	92	92	100
Valoración del Riesgo	92	0	100	86	100	100
Actividades de Control	92	92	100	100	100	82
Sistemas de Información	100	100	100	100	100	100
Criterios de Seguimiento	86	86	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>87%</b>	<b>75%</b>	<b>92%</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se muestra el detalle de las acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Unidad Organizativa:

CUADRO No.17

ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA , PERIODO 2019-2020

COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	2	2
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

La División Administrativa para el periodo 2019-2020, estableció las siguientes acciones de mejora que se presentan en el siguiente Plan de Acción de Mejora:



Cuadro No.18  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora

Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: División Administrativa  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: MRH. Javier Abarca Meléndez  
PERIODO DE EVALUACIÓN: Setiembre 2019-Octubre 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 14 de octubre de 2020

Componente SCI	Código	Ítems Responsabilidad	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
								I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	Organizativa	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Existen Manuales de actualización en proceso	Actualización de los procedimientos existentes en la Unidad Organizativa	Jefaturas y Coordinadores de Áreas y Encargados de Procesos	25%	25%	25%	25%
	C1502	Organizativa	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	En función de la actualización de los manuales.	Actualización de los procedimientos existentes en la Unidad Organizativa	Jefaturas y Coordinadores de Áreas y Encargados de Procesos	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



MS-DA-0572-2020



Reunión



GA DIVISIÓN

Andrea Garita Castro autoevaluación de cor ADMINISTRATIVA.pdf

## DIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO

Según el cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa presenta cumplimientos de 100% en todos los componentes, por tanto, no se identifican oportunidades de mejora.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección de Desarrollo Humano incremento el porcentaje de cumplimiento en 08% Ambiente de Control, 09% Sistemas de Información Valoración del riesgo, 27% Actividades de Control, 09% Sistemas de Información, manteniendo en 100% de cumplimiento al resto de los componentes del Sistema de Control Interno. Se rescata que el componente Ambiente de control en los periodos anteriores no había logrado alcanzar el 100% de cumplimiento. Como si se indica para el periodo 2019-2020. La Dirección de Desarrollo Humano muestra su mejor nivel de cumplimiento en los resultados de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, con el 100% en todos los componentes.

La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.19**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad**  
**Organizativa Dirección de Desarrollo Humano, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.20**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de**  
**Control Interno Unidad Dirección Desarrollo Humano**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	86	83	100	83	100	100
Ambiente de Control	90	83	83	82	92	100
Valoración del Riesgo	100	92	92	86	100	100
Actividades de Control	93	92	92	91	100	100
Sistemas de Información	77	100	92	82	91	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	33	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	<b>76%</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



## DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

Conforme a la información del cuestionario Guía de Autoevaluación correspondiente a esta Dirección en el componente Valoración del Riesgo ítems unidad organizativa, se obtiene que la pregunta “R1405 ¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?” no se fue contestada.

El Informe autoevaluación de Control Interno Periodo: noviembre 2019-octubre 2020, muestra que los niveles de cumplimiento en los ítems unidad organizativa son del 100% para los componentes funcionales del Sistema de Control Interno, excepto para el componente Deberes Generales con 83% de cumplimiento.

En comparación con el periodo 2018-2019 esta Dirección incremento en 01 punto porcentual el cumplimiento general pasando de 96% a 97%. La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.21**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad Organizativa**  
**Dirección Investigación y Tecnologías de la Salud, periodo 2019-2020**

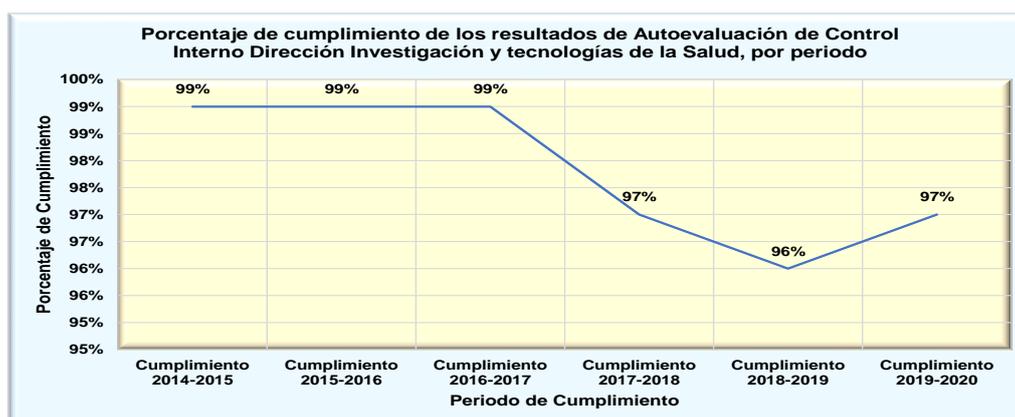
Componente	Porcentaje
Deberes Generales	83
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.22**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad Investigación y Tecnologías de la Salud**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	100	100	83
Ambiente de Control	100	100	100	100	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	100	100	100	100	82	100
Sistemas de Información	94	92	91	82	91	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>	<b>96%</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se muestra el detalle de la acción de mejora distribuida por componente, que se establece para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Dirección:

**CUADRO No. 23**  
**ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DIRECCIÓN DE DE INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN SALUD , PERIODO 2019-2020**

COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	1	0	0	0	1
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud en el Plan de Acción, estableció una acción de mejora como producto de una pregunta que se contestó parcialmente cumplida que se detalla a continuación.



Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
PERIODO DE EVALUACIÓN:  
FECHA DE EVALUACIÓN:

Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud  
Dra. Ana Isabel Martínez Matarrita  
Octubre del 2019 a setiembre del 2020  
23 de octubre 2020

Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	G006- ¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Se gestionará una sesión de trabajo para brindar la inducción en forma virtual sobre el tema Control interno a funcionarios que han ingresado recientemente a la Unidad Organizativa.	Dra. Ana Isabel Martínez Matarrita		100%		

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



Informe final  
2019-2020 DITS.pdf



MS-DITS-0094-2020.  
pdf



Bitacora 23 de  
octubre,2020 (Auto e Investigación y Tecnol



GA Dirección

## DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO (DRPIS)

Esta Unida Organizativa no presenta informe de la Guía de Autoevaluación, y la bitácora en formato PDF no está firmada por los funcionarios participantes en la elaboración del cuestionario. Según el cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa presenta cumplimientos de 100% para los componentes Deberes Generales y Actividades de Control, Ambiente de Control 69% (con el cumplimiento más bajo), Valoración del Riesgo 89%, Sistemas de Información 90% y Criterios de Seguimiento 80%.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario incremento el porcentaje de cumplimiento en 03% Valoración del Riesgo, 13% Criterios de Seguimiento, caso contrario se reflejó con tendencia a la baja para los componentes Ambiente de Control que paso de 75% a 69%, y Sistemas de Información de indicar 100% en el periodo 2018-2019 se desplazó a un 90% de cumplimiento para el periodo en estudio.

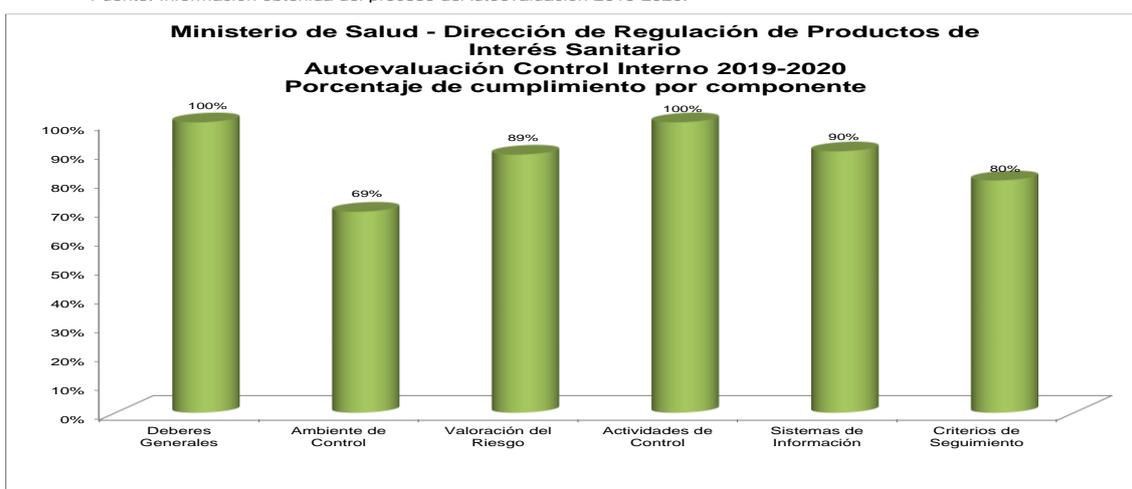
La Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario mantiene su nivel general de cumplimiento, del periodo 2018-2019 al 2019-2020 con un 88%.

La información anterior se ilustra en las siguientes imágenes.

**Cuadro N°.25**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad**  
**Organizativa DRPIS, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	69
Valoración del Riesgo	89
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	90
Criterios de Seguimiento	80
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

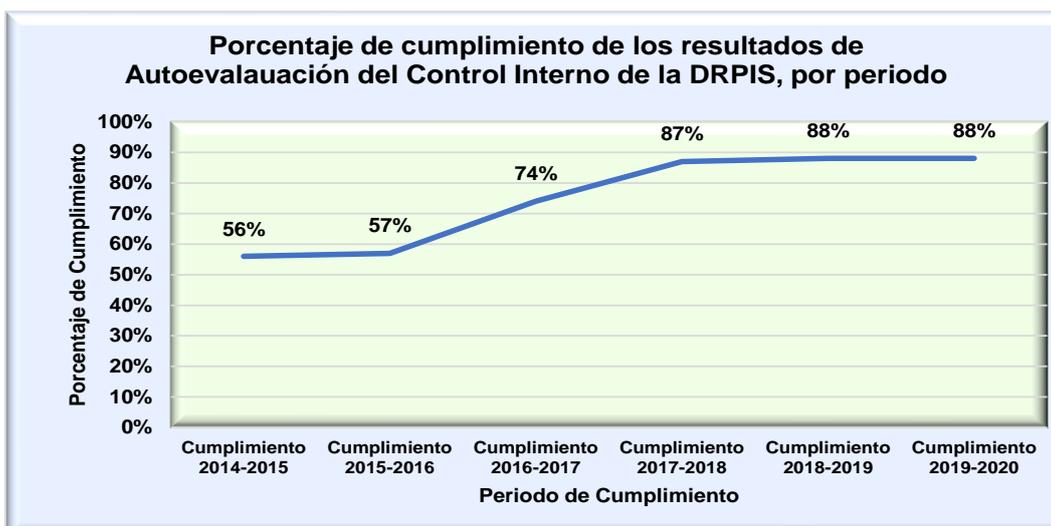


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.26**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno,**  
**Unidad Organizativa DRPIS**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	67	83	83	100	100	100
Ambiente de Control	14	67	67	75	75	69
Valoración del Riesgo	91	42	83	86	86	89
Actividades de Control	50	62	85	91	100	100
Sistemas de Información	41	58	67	100	100	90
Criterios de Seguimiento	75	29	57	67	67	80
<b>TOTAL</b>	<b>56%</b>	<b>57%</b>	<b>74%</b>	<b>87%</b>	<b>88%</b>	<b>88%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se muestra el detalle de las acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Dirección:

**CUADRO No. 27**  
**ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DRPIS, PERIODO 2019-2020**

COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
DEBERES GENERALES	0	0	0	1	1
AMBIENTE DE CONTROL	1	1	0	1	3
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	1	1
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	1	1
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	1	0	0	1
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	2	2
<b>TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario para el periodo 2019-2020, estableció las siguientes acciones de mejora que se presentan en el siguiente Plan de Acción de Mejora:



**CUADRO No. 28**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario  
 Dra. Ileana Herrera Gallegos  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
 26/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Medidas (ponderadas) implementadas para el cumplimiento del plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales				Reforzar conceptos con capacitación sobre control interno y el SEVRI a todo el personal	Realizar infografías acerca de Control Interno y el SEVRI	Dirección, Jefaturas y enlace de control interno	25%	25%	25%	25%
Ambiente de Control	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	No se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre el programa de gestión ambiental institucional.	Implementar el programa de gestión ambiental institucional	Dirección y Jefaturas			50%	50%
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	No todos los funcionarios conocen el Plan Estratégico Institucional (PEI)	Divulgar el PEI a los funcionarios en pequeñas reuniones por jefatura.	Jefaturas		100%		
				Recordatorio de fomentar la confiabilidad de la información	Volver a aplicar la carta de confidencialidad para los funcionarios de la Dirección	Dirección, Jefaturas y enlace de control interno	100%			
Valoración del riesgo	R1402	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	Parcial	No todos los funcionarios de la unidad organizativa participan en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, medidas minimizadoras y seguimiento de los riesgos)	Capacitar a los funcionarios de nuevo ingreso en la unidad organizativa en la definición de riesgos y su administración en las funciones que desarrolla.	Dirección de Desarrollo Humano			50%	50%
Actividades de Control				Existen nuevos funcionarios en la Dirección	Capacitar a los funcionarios en la ejecución de los procedimientos de la organización	Dirección, Jefaturas y enlace de control interno	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	H1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Parcial	Se utiliza el correo electrónico institucional, pero sin saber los alcances del mismo	Capacitación en las normativas acerca del uso del correo electrónico institucional	DTIC		100%		
Criterios de Seguimiento	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	La unidad organizativa no realiza una revisión trimestral del Plan de mejora	Programar revisiones trimestrales de seguimiento del plan de mejora	Jefaturas		50%		50%
				La unidad organizativa no realiza retroalimentación trimestral posterior a la revisión del cumplimiento de metas	Programar como un punto más en las reuniones mensuales la retroalimentación del cumplimiento de metas	Jefaturas	0,25	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se indican las preguntas del cuestionario que fueron contestadas con estado de cumplimiento parcial y no se le incluyeron acciones de mejora en el Plan de Acción de la Unidad Organizativa DRPIS.

**Cuadro N°.29**

**Preguntas que no se les establecen acciones de mejora en el Plan de Acción de la Unidad Organizativa DRPIS, periodo 2019-2020**

Componente	Código	Pregunta	Nivel de Cumplimiento	Ítems Responsabilidad	Observaciones
Ambiente de Control	A1302	¿El director de la unidad organizativa participa a sus colaboradores en la elaboración del Plan Operativo Institucional (POI)?		Organizativa	Se considera que no es necesario pues el plan es muy general, las inquietudes de los funcionarios son trasladadas a la jefatura inmediata en las reuniones mensuales llevadas a cabo.
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?		Organizativa	Algunos funcionarios no conocen el manual de ética institucional.

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:*



Bitácora

Autoevaluación de Co



GA DRPIS

2019-2020.pdf

## **DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD**

Esta Unida Organizativa presenta el informe de la Guía de Autoevaluación sin la firma del responsable de la unidad. Según el cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa indica cumplimientos de 100% para el componente Deberes Generales, Ambiente de Control 69%, Valoración del Riesgo 33%, Actividades de Control 36% Sistemas de Información 30% y Criterios de Seguimiento 40%.

De las 54 preguntas correspondientes al ítem de responsabilidad organizativa la Dirección de Servicios de Salud, estableció conforme al nivel cumplimiento 26 (Sí

cumple), 07 (NO cumple) y 20 (Parcialmente cumplido), para estos dos últimos estados de cumplimiento no se indica el Plan de Mejora, para cada una de las preguntas que deberían generar en total 27 acciones de mejora. Se informa sobre el Plan de Acción de manera general en el informe que remite la unidad organizativa.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección de Servicios de Salud no incremento el porcentaje de cumplimiento de ninguno de los componentes, solamente mantuvo el 100% de cumplimiento para el componente Deberes Generales, para los restantes componentes la tendencia fue a la baja en el estado porcentual de cumplimiento.

La Dirección de Servicios de Salud disminuyó su nivel general de cumplimiento para los componentes del Sistema de Control, pasando del periodo 2018-2019 con un 84% al 2019-2020 con un 51% que se refleja en 33 puntos porcentuales menos de un periodo a otro.

En el siguiente cuadro se muestra el detalle de las acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Dirección:

**CUADRO No. 30**  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD, PERIODO 2019-2020

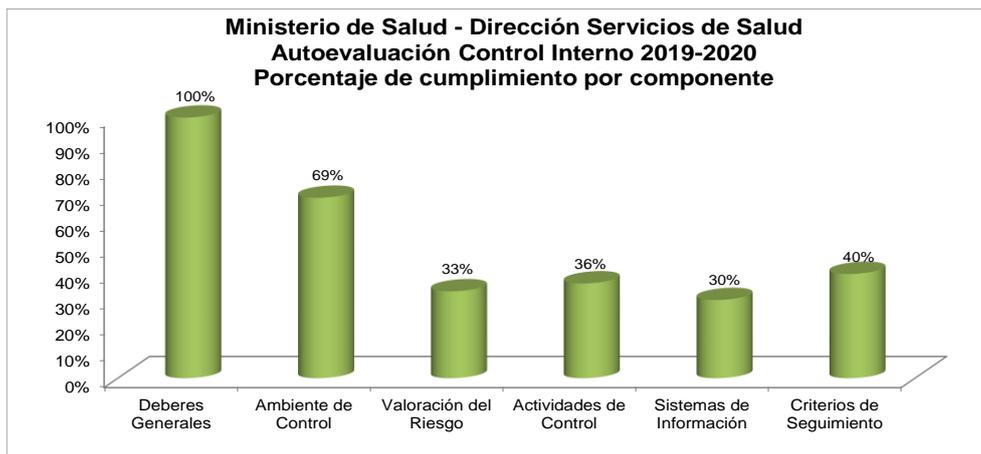
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	4	4
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	6	6
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	7	7
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	7	7
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>27</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.31**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad Organizativa Dirección de Servicios de Salud, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	69
Valoración del Riesgo	33
Actividades de Control	36
Sistemas de Información	30
Crterios de Seguimiento	40
<b>TOTAL</b>	<b>51%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

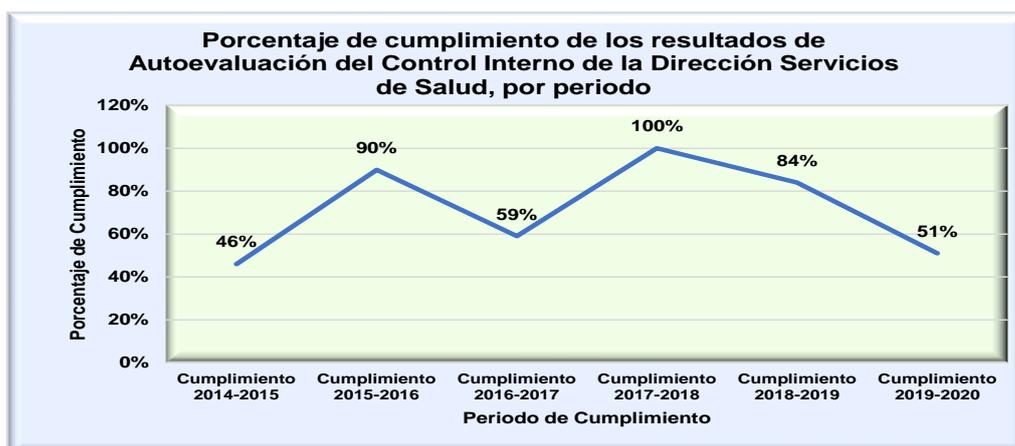


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.32  
Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno, Unidad Organizativa Dirección de Servicios de Salud**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	71	86	100	100	100	100
Ambiente de Control	60	100	50	100	100	69
Valoración del Riesgo	60	100	17	100	64	33
Actividades de Control	53	85	33	100	73	36
Sistemas de Información	31	100	83	100	100	30
Criterios de Seguimiento	0%	71	71	100	67	40
<b>TOTAL</b>	<b>46%</b>	<b>90%</b>	<b>59%</b>	<b>100%</b>	<b>84%</b>	<b>51%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La Unidad Organizativa Dirección de Servicios de Salud en el informe de Autoevaluación de Control Interno setiembre 2019-octubre 2020 presenta el siguiente Plan de Acción.



**CUADRO No.33**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Par el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**DIRECCIÓN DE GARANTÍA DE ACCESO SERVICIOS DE SALUD**  
**2019-2020**  
**Octubre-Noviembre 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Ítem de cumplimiento para el plan de mejora (PMI)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	Se obtiene un 69% de cumplimiento un 23% de cumplimiento parcial y, 8% de no cumplimiento, debido a que no se han desarrollado actividades específicas por atención a la pandemia. Ejemplo, en lo que se refiere al seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación? Se realiza en proceso de evaluación del desempeño. Además, se desarrolla un proceso parcial no sistematizado referente a actividades donde se promueven la misión, visión, valores y objetivos institucionales, dado que este año la gestión en unidad organizativa fue afectada por la pandemia.	1- Integrar en las reuniones de Dirección, y de Unidad, actividades donde se promueven la misión, visión, valores y objetivos institucionales 2- Integrar en cronograma de cumplimiento del Plan de Mejora, aspecto relacionado con cumplimiento de acuerdos y compromisos de Resultados de gestión, cada 6 meses	Dirección Unidades y Titular Control Interno				
	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Parcial							X
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple							
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial							
Valoración del Riesgo	R1402	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	No Cumple	Se da un 43% de cumplimiento, un y 57% de no cumplimiento. Lo anterior, obedece a que el establecimiento de criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas para minimizar los riesgos, se dio en forma parcial, lo cual no permite definir actividades para minimizar riesgos, ni brindar su seguimiento en cuanto a su eficacia. Además varios de los funcionarios son nuevos y por tanto desconocen lo referente a riesgos. Por lo anterior, la administración de los riesgos brinda información parcial para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable Respecto a los procesos de aplicación de la metodología SEVRI vigente para la valoración y administración del riesgo en cada uno de los resultados esperados y la participación de los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración, no se han dado procesos de seguimiento, ni actualización del mismo, por parte de la Institución. No se ha sistematizado el hecho de considerar la administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable. Finalmente, los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos no han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa	Integrar en las reuniones de Dirección, así como en reuniones de Unidad	Dirección Unidades y Titular Control Interno				
	R1403	En cuanto a la administración de los riesgos, ¿se han definido las actividades de control para minimizar los riesgos determinados?	No Cumple							
	R1404	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	No Cumple							
	R1407	¿La administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable?	No Cumple							X
	R1408	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple							
	R1409	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple							
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Se da un 36% de cumplimiento y un 64% cumplimiento parcial. Lo anterior, obedece a que no se cuenta en todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados, por tanto, en algunos procesos no se verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en los respectivos manuales. Además, no se realizan actividades de evaluación o mejora continua de los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa	Elaboración de documento referente a procedimientos, que permitan verificar el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en los respectivos manuales. Incluir en cronograma actividades de mejora continua	Dirección Unidades y Titular Control Interno				
	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial							
	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial							
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial							X
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades?	Parcial							
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial							
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial							

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.34**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** 2019-2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** Octubre-Noviembre 2020

**DIRECCIÓN DE GARANTÍA DE ACCESO SERVICIOS DE SALUD**

Componente SCJ	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento en el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Sistemas de Información	11601	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	Parcial	Se da un 30% de cumplimiento y un 70% de cumplimiento parcial, lo cual responde a que la mayoría de procesos de este componente se desarrollaron en forma parcial, entre ellos: la implementación en la unidad organizativa de los mecanismos para la gestión de información (captura, procesamiento y generación), la implementación por parte de los funcionarios de mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información, la no disposición actualmente de algunos funcionarios de contar con acceso al correo electrónico institucional, la divulgación a todos los funcionarios de las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico, la existencia de sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; ¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	1-Nivel Unidad Org-Elaboración de documento referente a procedimientos para la Gestión de la Información. Físico y virtual. 2.Nivel institucional. Coordinación de direcciones de Planificación con la de Informática para dar seguimiento al proceso en las direcciones, a fin de fortalecer la gestión de este proceso.	Dirección Unidades y Titular Control Interno				
	11602	¿Los canales de comunicación de la unidad organizativa permiten el traslado oportuno de la información?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	11603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	11606	¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; ¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	11607	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	11609	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	11610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
Criterios de Seguimiento	51703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.	1-Incluir en cronograma de seguimiento fechas específicas con resultados de seguimiento realizado al pan. 2-Nivel institucional Sesiones de trabajo con Direcciones , para verificar cumplimiento Plan de Mejora e implementación SEVRI.	Dirección Unidades y Titular Control Interno				
	51704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						
	51705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Parcial	Se da un 40% de cumplimiento, y un 60% de cumplimiento parcial. Lo anterior obedece que a pesar de que se contempló en el Cronograma de seguimiento del cumplimiento del Plan de Mejora, su realización se dio en forma parcial, afectada por atención emergente de la pandemia Covid19.						

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



Informe Autoev C I  
DSS.pdf



GA Dirección de  
Servicios de Salud.pdf

## DIRECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD

De conformidad con la información proporcionada en el cuestionario Guía de Autoevaluación correspondiente a esta Dirección en el componente Actividades de Control ítems unidad organizativa, se obtiene que la pregunta “A1304 ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?” contestada como Parcial, en Plan de Acción de Mejora no se estable la acción pertinente a implementar por parte de esta unidad organizativa con el fin de dar cumplimiento a la pregunta anterior.

**Cuadro N°.35**  
**Debilidades identificadas por componente, ítems**  
**Unidad Organizativa Dirección Vigilancia de la Salud, periodo 2019-2020**

Componente	Observación	Acción de Mejora
Ambiente de Control	USIS: se han emitido oficios con funciones y se emiten directrices por correo electrónico.	No se indica en el Plan de Acción de Mejora

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Se identifica en el cuestionario Guía de Autoevaluación la siguiente pregunta sin contestar:

**Cuadro N°.36**  
**Pregunta sin contestar por componente del SCI**  
**Dirección Vigilancia de la Salud, periodo 2019-2020**

Componente	Código	Pregunta	Ítems Responsabilidad
Valoración del Riesgo	R1411	¿Se actualiza periódicamente la normativa institucional de Valoración del Riesgo (SEVRI)?	Institucional

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

El Informe autoevaluación de Control Interno Periodo: noviembre 2019-octubre 2020, no cuenta con la firma correspondiente a la jefatura de la unidad organizativa.

Los niveles de cumplimiento ítems unidad organizativa se indican con 100% de cumplimiento para los componentes Valoración del Riesgo, Actividades de Control, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento, mientras los componentes, Deberes Generales 75% y Ambiente de Control 77% presentan los niveles de cumplimiento más bajos para esta unidad organizativa.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Dirección Vigilancia de la Salud incremento el porcentaje de cumplimiento en 02% para el componente Deberes Generales, a la vez que mantiene con 77% de cumplimiento en el componente ambiente de Control y en 100% de cumplimiento para los restantes cuatro componentes.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las tres acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Dirección:

CUADRO No. 36

ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL UNIDAD ORGANIZATIVA DIRECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD, PERIODO 2019-2020

COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	1	0	0	0	1
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	2	2
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.37

Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad Organizativa Dirección Vigilancia de la Salud, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	75
Ambiente de Control	77
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



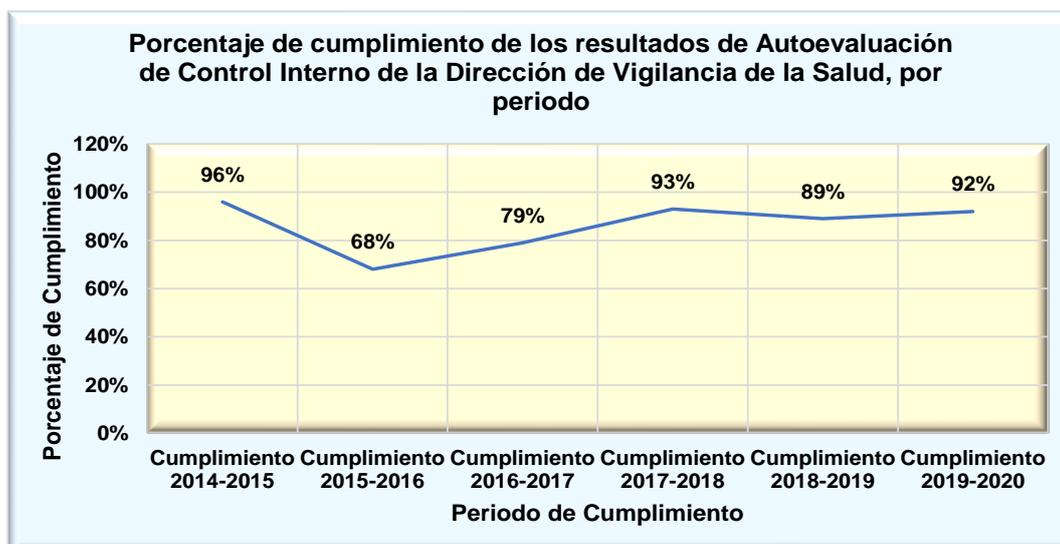
Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

En el siguiente cuadro se presenta el cumplimiento por periodo por parte de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

**Cuadro N°.38**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa Dirección Vigilancia de la Salud**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	100	60	75
Ambiente de Control	100	33	92	92	77	77
Valoración del Riesgo	92	25	57	100	100	100
Actividades de Control	85	62	73	82	100	100
Sistemas de Información	100	100	100	82	100	100
Criterios de Seguimiento	100	86	50	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>68%</b>	<b>79%</b>	<b>93%</b>	<b>89%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.39**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Vigilancia de la Salud  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dra. Sandra Delgado Jiménez  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** Oct 2019-Set 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 14 de octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Método porcentual (resumen para cumplir con el plan de mejora (DS1))			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Se incluirá el tema para ser socializado en las reuniones de las unidades de la Dirección y la ley estará disponible en los archivos de la nube institucional	Dr. Rodrigo Marín R, Dra. Sandra Delgado, Dr. Roberto Castro	100%			
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	No se han facilitado los espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales	Se conformará un grupo de seguimiento con representación de las unidades para dar cumplimiento a esta responsabilidad	Dr. Rodrigo Marín R, Dra. Sandra Delgado, Dr. Roberto Castro	25%	25%	25%	25%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple	No se han facilitado los espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Se promovera que en los espacios de reunión se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional.	Dr. Rodrigo Marín R, Dra. Sandra Delgado, Dr. Roberto Castro	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



## DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE

La información suministrada por esta unidad organizativa en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para el componente del SCI Criterios de Seguimiento el nivel de cumplimiento más bajo con 60%, mientras que los componentes Deberes Generales, Valoración del Riesgo y Sistemas de Información reflejan 100% cumplimiento, y 82% para el componente Actividades de Control.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la Dirección de Atención al Cliente se ubica en un 84% de cumplimiento, disminuyendo en comparación con el periodo 2018-2019 que cumplió en un 90%. El componente Actividades de Control indica por tercer periodo consecutivo 82% de cumplimiento y Criterios de Seguimiento disminuye 23 puntos porcentuales en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las ocho acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Dirección de Atención al Cliente:

**CUADRO No.40**

**ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE, PERIODO 2019-2020**

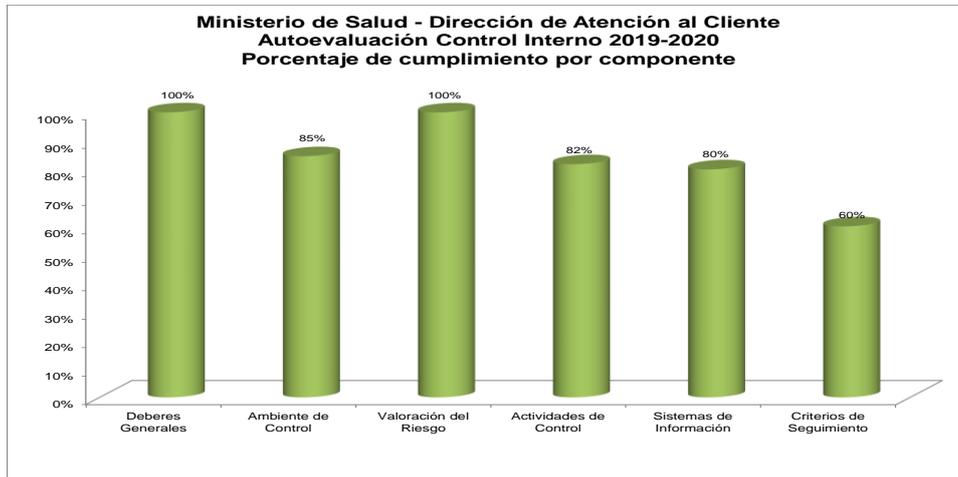
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	2	2
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	2	2
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	2	2
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.41**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Dirección de Atención al Cliente, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	85
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	82
Sistemas de Información	100
Crterios de Seguimiento	60
<b>TOTAL</b>	<b>84%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

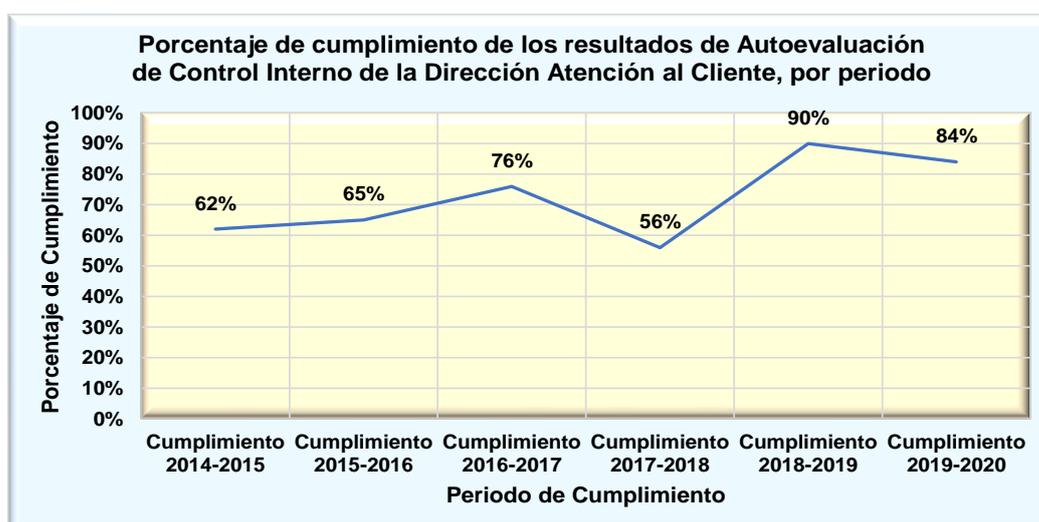


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.42**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de**  
**Control Interno Unidad Organizativa Dirección de Atención al Cliente**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	67	50	100	100
Ambiente de Control	67	83	83	67	77	85
Valoración del Riesgo	0	17	86	0	100	100
Actividades de Control	100	92	73	82	82	82
Sistemas de Información	92	100	64	73	100	100
Criterios de Seguimiento	14	0	83	67	83	60
<b>TOTAL</b>	<b>62%</b>	<b>65%</b>	<b>76%</b>	<b>56%</b>	<b>90%</b>	<b>84%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Las ocho acciones correctivas por componente (acciones de mejora) que se establecieron en el proceso de la Guía de Autoevaluación en el mes de noviembre 2020 como cumplimiento parcial, por parte de la Dirección de Atención al Cliente se estarán implementando en su totalidad en el cuarto trimestre del año 2021, además esta Dirección estará remitiendo los avances de cumplimiento en los diferentes informes del Sistema de Control Interno.



**Cuadro No.43**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE**  
**ING. NIDIA MORERA GONZÁLEZ**  
**2020**  
**4/11/2020**

Metas (porcentaje) formalizadas para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentaje) formalizadas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	Retomar y hacer actualización de las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores	Revisar expedientes y programar formalización de las tareas y responsabilidades de los funcionarios	Ing. Nidia Morera González. Téc. Ana Gabriela Monestel Brenes.	25%	25%	25%	25%
	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Parcial	Se requiere hacer un recordatorio y un calendario para cada uno de los jefes para la revisión de acuerdos de compromisos.	Elaboración de calendario para los jefes y seguimiento de la formalización de los acuerdos de compromiso	Ing. Nidia Morera González. Evelyn Peña Cruz.	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	Se debe implementar el seguimiento a los planes de mejora.	Diseñar una herramienta para evaluar los controles, respecto a las acciones de mejora de forma trimestral.	MRH. Alexander Cascante Alfaro. Tec. Ana Gabriela Monestel Brenes	25%	25%	25%	25%
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades ?	Parcial	Mejorar la metodología para el seguimiento del impacto de las mejoras.	Actualizar la herramienta para evaluar los controles acorde a las necesidades	MRH. Alexander Cascante Alfaro. Tec. Ana Gabriela Monestel Brenes	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1606	¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Parcial	No hay un sistema institucional estandarizado para todo el proceso	Gestionar ante la DGS para que DTIC desarrolle un sistema de información que nos permita llevar el control unificado de asuntos administrativos.	Ing. Nidia Morera González. Téc. Ana Gabriela Monestel Brenes.	25%	25%	25%	25%
	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	Se requiere más orientación y capacitación respecto al manejo específicamente de los documentos digitales.	Revisar normativa atinente y gestionar ante Gestión Documental, capacitación virtual en este tema para efecto de implementar los respaldos de información.	Ing. Nidia Morera González. Téc. Ana Gabriela Monestel Brenes.	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	1703	Se debe establecer algún mecanismo ágil para hacer las verificaciones	Parcial	La secretaria de la Dirección de Atención al Cliente deberá calendarizar y recordar la ejecución de la reunión de seguimiento trimestral para el año 2021	La secretaria de la Dirección de Atención al Cliente deberá calendarizar y recordar la ejecución de la reunión de seguimiento trimestral para el año 2021	Ing. Nidia Morera González. Evelyn Peña Cruz.	25%	25%	25%	25%
	1704	Se tiene que afinar el procedimiento, metodología del plan, retroalimentación de los funcionarios y su implementación.	Parcial	La secretaria de la Dirección de Atención al Cliente deberá calendarizar y recordar la ejecución de la reunión de retroalimentación trimestral para el año 2021	La secretaria de la Dirección de Atención al Cliente deberá calendarizar y recordar la ejecución de la reunión de retroalimentación trimestral para el año 2021	Ing. Nidia Morera González. Evelyn Peña Cruz.	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:*



MS-DAC-137-2020\_ Informe de Control



GA Dirección



AUTOEVALUACION D Interno DAC-2020.pdf Atención al Cliente.pdf

## CONTRALORÍA DE SERVICIOS

Según el cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa presenta cumplimientos de 100% para los componentes Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento, mientras el componente Actividades de Control muestra 73% de cumplimiento.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Contraloría de Servicios solamente disminuyó 27 puntos porcentuales en el componente Actividades de Control pasando de 100% a 73% cumplimiento en el periodo 2019-2020.

La Contraloría de Servicios disminuyó su nivel general de cumplimiento, del periodo 2018-2019 con 100% al 2019-2020 con un 95%.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la acción de mejora para el componente Actividades de Control para atender las tres preguntas, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por la Contraloría de Servicios:

CUADRO No.44  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL UNIDAD ORGANIZATIVA  
CONTRALORÍA DE SERVICIOS, PERIODO 2019-2020

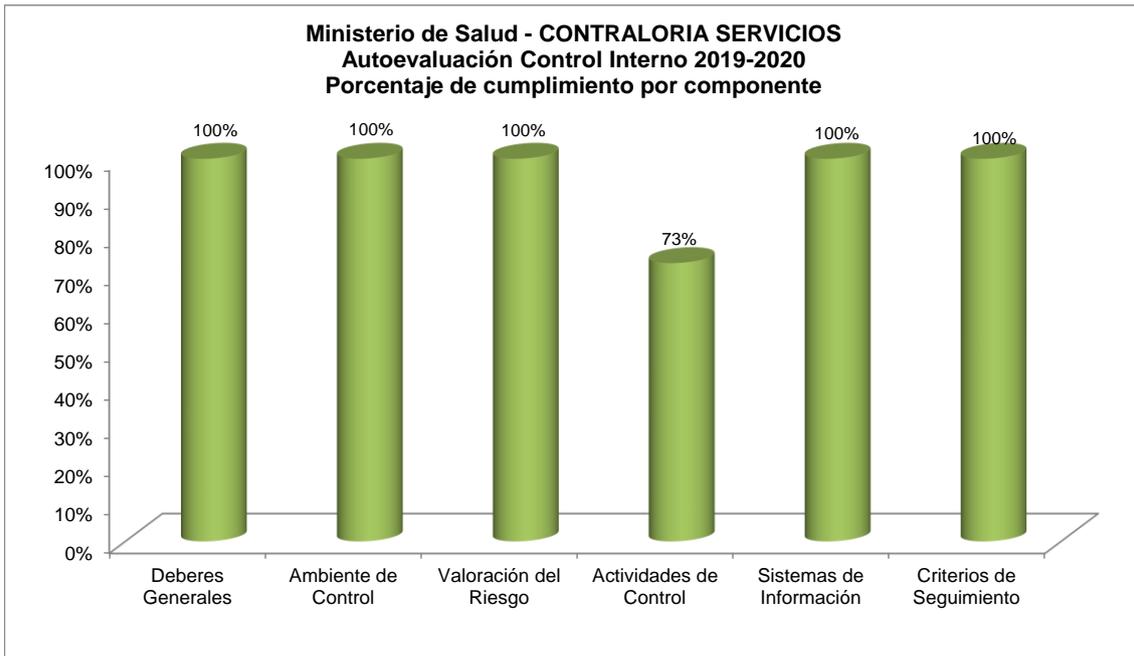
COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	1	1
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.45  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad  
Organizativa Contraloría de Servicios, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	73
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>95%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

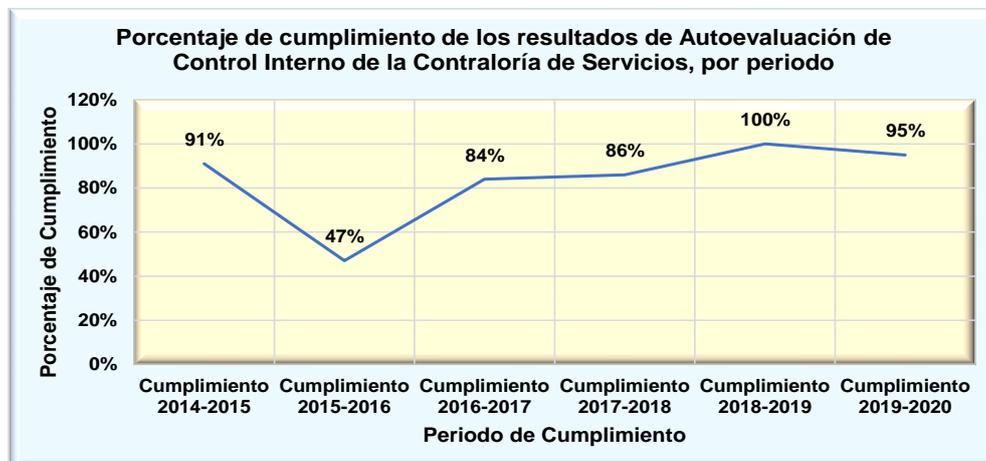


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.46**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno,**  
**Unidad Organizativa Contraloría de Servicios**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	33	100	100	100	100
Ambiente de Control	100	50	92	67	100	100
Valoración del Riesgo	92	0	14	86	100	100
Actividades de Control	62	69	100	64	100	100
Sistemas de Información	92	100	100	100	100	100
Criterios de Seguimiento	100	29	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>	<b>47%</b>	<b>84%</b>	<b>86%</b>	<b>100%</b>	<b>95%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las 03 preguntas identificadas con debilidades para el componente Actividades de Control, la Contraloría de Servicios estableció la siguiente acción de mejora que se detalla a continuación en el Plan de Acción 2021.



Cuadro No.47  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: CONTRALORIA DE SERVICIOS  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: ROXANA NAVARRO VARGAS  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 27/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	No se tiene un procedimiento oficializado para la actuación de la Contraloría de Servicios	Remitir el documento para que se apruebe en a la Unidad de Planificación Institucional, dado que se remitió y se detuvo por el estudio de la estructura organizacional	Contralor (a) de Servicios	Revisar el borrador del procedimiento y hacer valoraciones actuales	Coordinar con la unidad de Planificación Institucional, la colaboración de un profesional para hacer las modificaciones correspondientes al documento	Remitirlo el documento final para la oficialización a la Unidad de Planificación Institucional	Socializar el procedimiento con los tres niveles de gestión.
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial							
	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial							

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



MS-052-20 Traslado de oficina de la herra



GA Contraloría de Servicios.pdf

## DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y SALUD AMBIENTAL

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental se ubica en un 91% de cumplimiento, incrementando 07 puntos porcentuales en comparación con el periodo 2018-2019 que cumplió en un 84%.

El componente Actividades de Control, refleja el mayor crecimiento pasando de 55% a 82% de cumplimiento, así como Deberes Generales disminuyo 20 puntos porcentuales y el componente Criterios de Seguimiento mantiene por sexto periodo consecutivo un cumplimiento del 100%.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las cinco acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Dirección:

CUADRO No. 48

ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL UNIDAD ORGANIZATIVA DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y SALUD AMBIENTAL, PERIODO 2019-2020

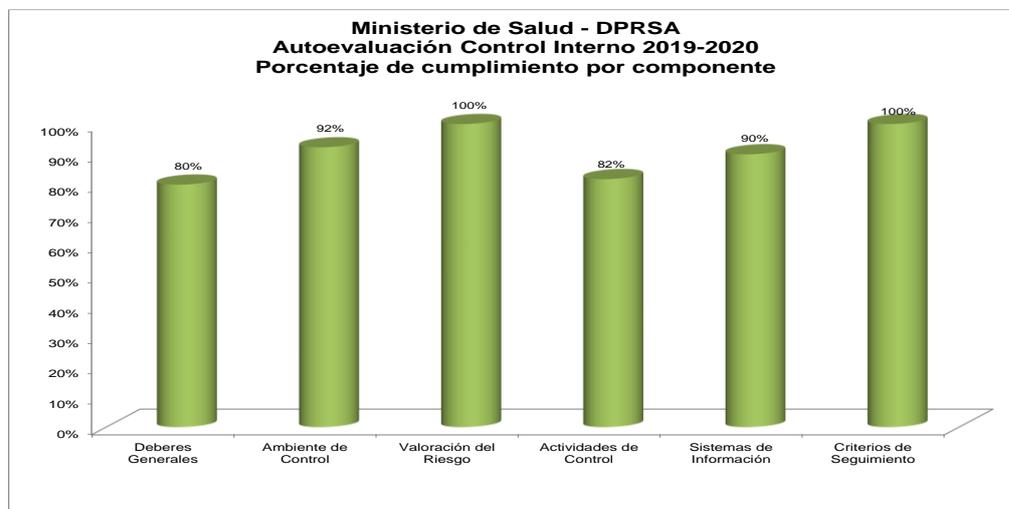
COMPONENTE SCI	PROGRAMACIÓN ACCIONES DE MEJORA				TOTAL ACCIONES DE MEJORA
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
DEBERES GENERALES	1	0	0	0	1
AMBIENTE DE CONTROL	1	0	0	0	1
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	2	0	2
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	1	0	0	0	1
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.49  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI Unidad Organizativa Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	80
Ambiente de Control	92
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	82
Sistemas de Información	90
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

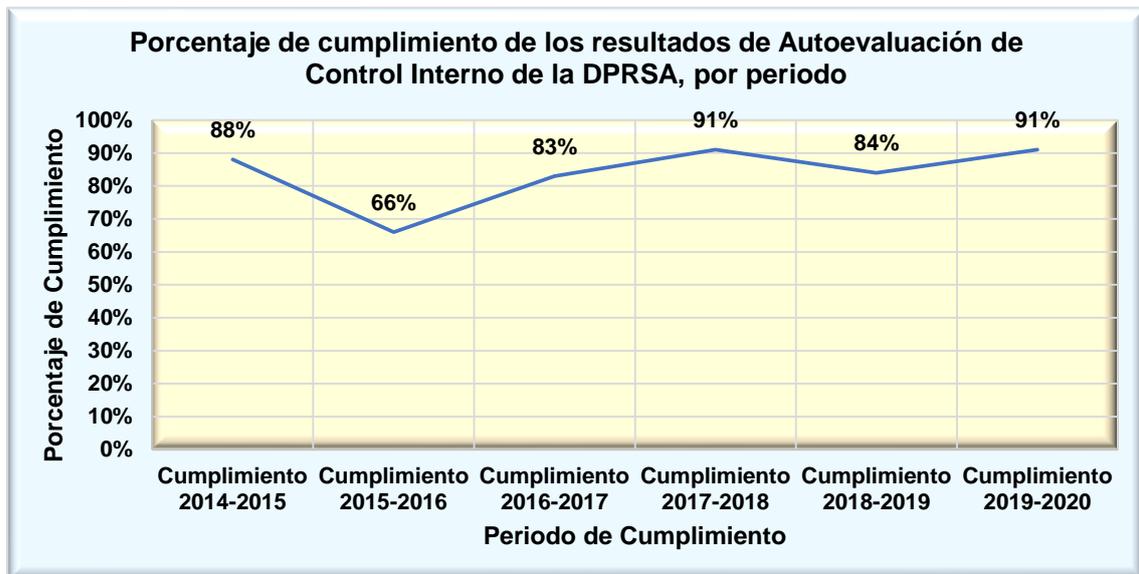


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.50**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno**  
**Unidad Organizativa DPRSA**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	83	83	86	100	100	80
Ambiente de Control	67	67	75	92	69	92
Valoración del Riesgo	100	17	86	100	100	100
Actividades de Control	77	69	82	73	55	82
Sistemas de Información	100	58	73	82	78	90
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>	<b>66%</b>	<b>83%</b>	<b>91%</b>	<b>84%</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**Cuadro No.51**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
**Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental**  
**Eugenio Androvetto Villalobos**  
 2019-2020  
 21-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento alcanzado para cada ítem del plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G002	¿Se divulga a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jefe y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones?	Parcial	No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jefe y el titular subordinado	Se elaborará un compendio que incluya al menos la Ley General de Control Interno, Normas de control interno del sector público, Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información, Marco Orientador del SEVRI, Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud y la normativa promulgada por la Contraloría General, Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud, Reglamento de Garantías o Cauciones que deben rendir los Funcionarios del Ministerio de Salud, Plan Estratégico del Ministerio de Salud, Plan Anual Operativo del Ministerio de Salud, Manual de Ética Institucional, Manual de Políticas de Gestión Integral de Información, Manual de Normas de Seguridad de Gestión Integral de Información, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y Políticas de comunicación institucional.	Carlos Madrigal Diaz	100%			
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	No todo el personal cuenta formalmente con las responsabilidades y tareas específicas en los distintos procesos de la unidad	Identificar las responsabilidades y tareas específicas en los distintos procesos de la unidad para todos los colaboradores de la unidad organizativa	Ana Villalobos Villalobos y Ricardo Morales Vargas.	100%			
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados	Identificar los procesos que no cuentan con procedimientos actualizados con el fin de proponer un plan de trabajo para su elaboración	Ana Villalobos Villalobos, Eugenio Androvetto Villalobos y Ricardo Morales Vargas.	33%	33%	33%	
	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial	La unidad organizativa no cuenta con un procedimiento de verificación del cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional	Elaboración de un procedimiento interno de verificación del cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional	Ana Villalobos Villalobos, Eugenio Androvetto Villalobos y Ricardo Morales Vargas.	33%	33%	33%	
Sistemas de Información	I1601	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	Parcial	La UO no cuenta con mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información para su implementación por parte de todos los funcionarios	Elaboración de un procedimiento interno de gestión de la información para su implementación por parte de todos los funcionarios	Ana Villalobos Villalobos, Eugenio Androvetto Villalobos y Ricardo Morales Vargas.	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA DIRECCIÓN  
 PROTECCIÓN RADIOI

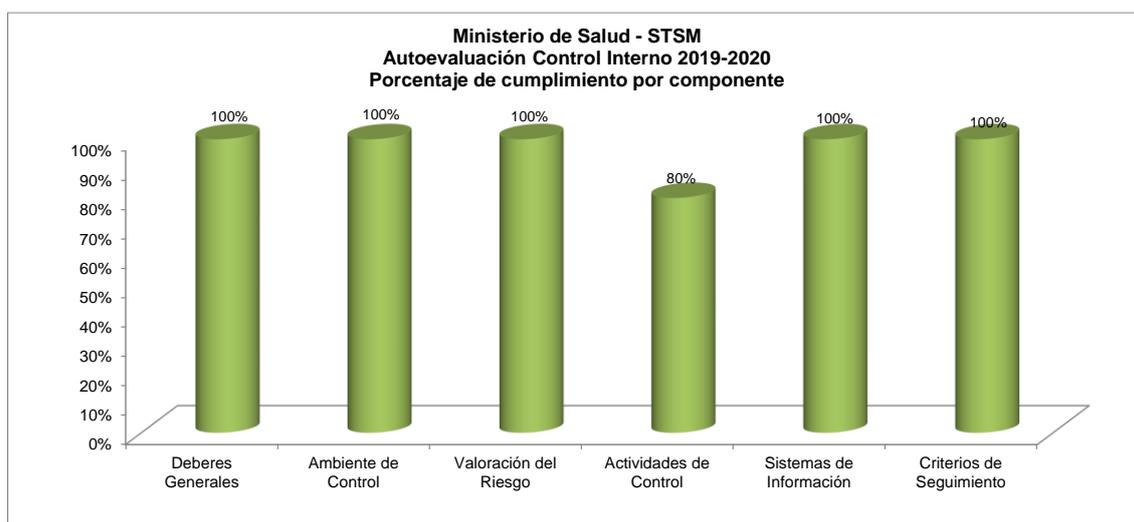
## SECRETARÍA TÉCNICA DE SALUD MENTAL

Conforme a la información del cuestionario Guía de Autoevaluación, esta unidad organizativa presenta cumplimientos de 100% para los componentes Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento, mientras el componente funcional Actividades de Control muestra 80% de cumplimiento.

En comparación con el periodo 2018-2019 la Secretaría Técnica de la Salud Mental disminuyó 20 puntos porcentuales en el componente funcional Actividades de Control pasando de 100% a 80% cumplimiento en el periodo 2019-2020.

La Secretaría Técnica de la Salud Mental disminuyó su nivel general de cumplimiento en tres puntos porcentuales, pasando de 100% para el periodo 2018-2019 a 97% en el periodo 2019-2020.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la acción de mejora para el componente Actividades de Control, que se establece para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de esta Secretaría:

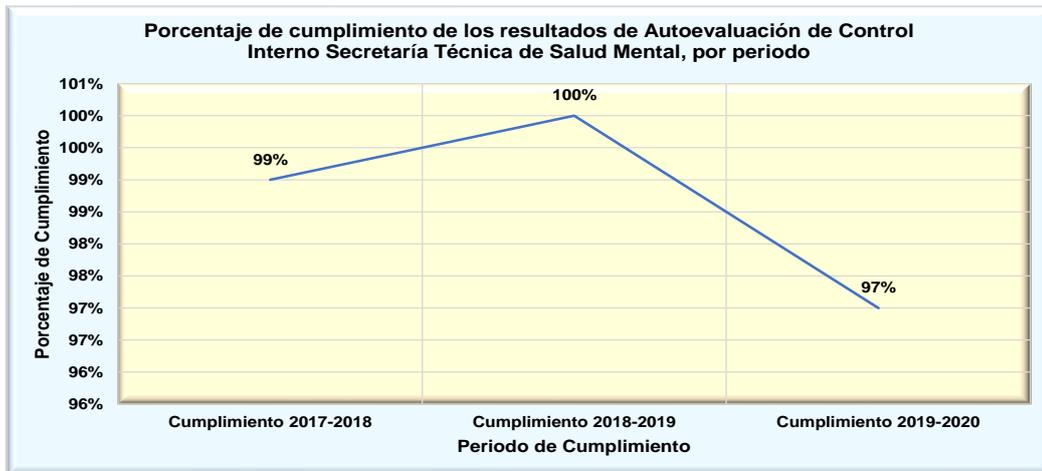


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.52**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno,**  
**Dirección Técnica de Salud Mental**

Componente	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100
Ambiente de Control	92	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100
Actividades de Control	100	100	80
Sistemas de Información	100	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Para atender la pregunta identificada con debilidades para el componente Actividades de Control, la Secretaría Técnica de Salud Mental estableció la siguiente acción de mejora que se detalla a continuación en el Plan de Acción 2021.



**Cuadro N.53**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**Secretaría Técnica de Salud Mental**  
**Dr. Francisco Golcher Valverde**  
**octubre 2019- setiembre 2020**  
**27 octubre 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	No Cumple	Ausencia de procedimientos	Desarrollar los procedimientos de control de la STSM	Dr. Francisco Golcher Valverde		50%		50%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:*



MS-STSM-241-2020  
Control interno.pdf



GA Secretaría Técnica  
de Salud Mental.pdf

# **Nivel Regional**

## REGION CENTRAL DE OCCIDENTE

### Sede Regional:

La información suministrada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del riesgo y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento, mientras que Sistemas de Información 80% y Actividades de Control con el nivel de cumplimiento más bajo con 73%.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 92% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 que cumplió en un 91%. Mantienen el 100% de cumplimiento Deberes Generales, Valoración del Riesgo y Criterios de Seguimiento; aumentan el nivel de cumplimiento Ambiente de Control en 15 puntos porcentuales pasando de 85% a 100%, y Sistemas de Información que de 64% paso a 80% de cumplimiento, mientras que el componente Actividades de Control disminuye 27 puntos porcentuales en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra la información anterior y el detalle de las cinco acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

CUADRO No.54

ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y EJECUCIÓN TRIMESTRAL POR PARTE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRRSCO, PERIODO 2019-2020

COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	3	0	0	3
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	2	0	0	2
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

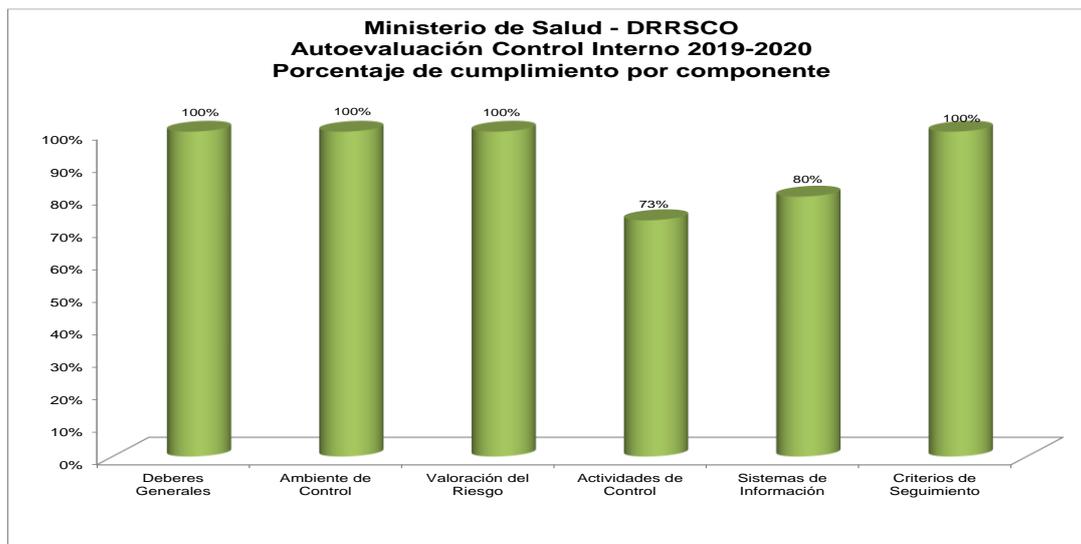
Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.55

Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: DRRSCO, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	73
Sistemas de Información	80
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

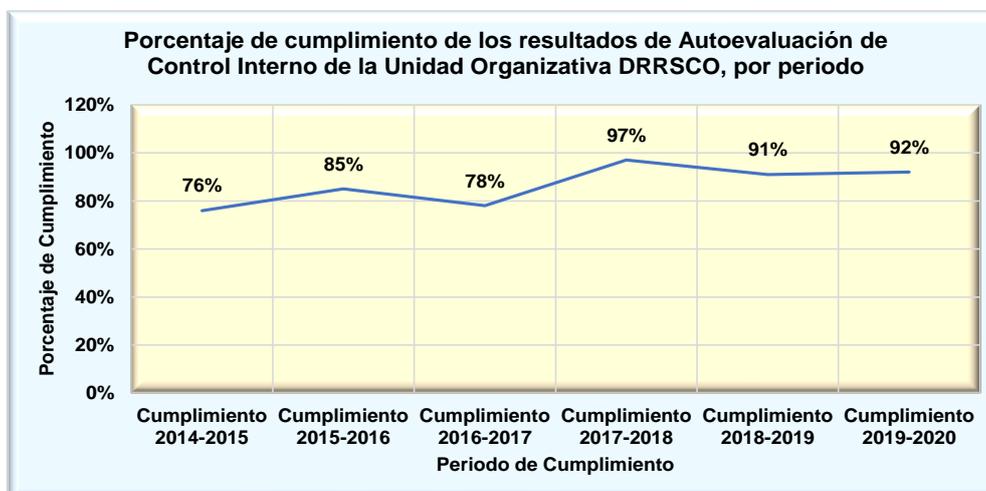


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.56**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno**  
**Unidad Organizativa: DRRSCO**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	100	100	100
Ambiente de Control	67	67	82	82	85	100
Valoración del Riesgo	92	92	86	100	100	100
Actividades de Control	85	100	55	100	100	73
Sistemas de Información	55	78	64	100	64	80
Criterios de Seguimiento	57	71	83	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>76%</b>	<b>85%</b>	<b>78%</b>	<b>97%</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSCO estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



Cuadro N.57  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DRRSCO  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dr. Marvin Quesada Elizondo  
PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019 a Setiembre 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 22 de octubre de 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	C01501, C1502, C1508 Existen procesos que no cuentan con manuales de procedimientos, otros están desactualizados lo que puede inducir a error al funcionario. Se dan cambios en la normativa y estos no se reflejan en los manuales existentes. Desde esta región se han propuesto ajustes que no han sido tomados en cuenta por parte del nivel central.	Evidenciar ante el Nivel Central mediante oficio la necesidad de actualización de manuales de procedimientos en los procesos de las unidades UP, URS y la creación de manuales para el proceso de soporte jurídico	Director regional con apoyo de jefaturas de URS, UP y soporte jurídico		100%		
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial							
	C1508	¿Los procedimientos que se han implementado en la unidad organizativa están alineados con el marco legal y técnico?	Parcial							
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	I1607 El POI no permite controlar recursos versus actividades programadas, Por ahora solo podemos hacer Planificación, pero no presupuestación por actividades y productos, según cada Resultado Esperado (tal y como está indicado en la herramienta POI. Lo único que se hace es estimación presupuestaria muy gruesa por antecedente, según partidas y subpartidas, sin poder establecer la debida articulación plan-presupuesto para los procesos y las Unidades Organizativas que son responsables de los mismos.	Mediante el criterio experto del Jefe de la UALA, la DRRSCO solicite al NC la elaboración de un sistema de costeo por actividades, según partidas y subpartidas del Presupuesto Institucional. Esto permitirá una verdadera articulación Plan-Presupuesto, según lo previsto en el PEI_MS	Director regional con el apoyo del Lic. José Miguel Medina, Jefe de la UALA		100%		
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	I1610 Se evidencia la necesidad de capacitación sobre procedimientos de archivo a la totalidad de funcionarios ya que se ha brindado a muy pocos, además de la urgencia de un espacio destinado al archivo que cumpla con las características requeridas	Evidenciar ante el nivel central la necesidad de capacitar a la totalidad del personal en el tema de archivo de documentos físicos y digitales. Evidenciar ante las autoridades superiores la urgencia de contar con un espacio físico destinado exclusivamente al archivo, que cuente con las características establecidas en la normativa y con el mobiliario requerido en ésta	Director regional con apoyo del Ing. Roberto Quirós		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



GA Región Rectora Informe DRRSCO.pdf AGENDA SESION  
de salud Central Occi VIRTUAL AECI 2019-2

## ANALISIS AREAS RECTORAS DE SALUD REGION CENTRAL DE OCCIDENTE:

De la información proporcionada por las Áreas Rectoras de Salud, el componente Actividades de Control es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 75%, que en comparación con el periodo anterior incremento en 07 puntos porcentuales caso contrario, con el 93% de cumplimiento el componente Valoración del Riesgo que refleja el mayor nivel de cumplimiento, que en relación con periodo 2018-2019 aumento en un 02%.

De acuerdo con el cuadro N°. 58 se puede observar que el Área Rectora de Salud de Valverde Vega es la que presenta el mejor nivel de cumplimiento con 99%. Caso contrario, el Área Rectora de Salud de San Ramón, reflejando el promedio de cumplimiento más bajo con 65%. Así mismo, las Áreas Rectoras de Salud presentan un

promedio general de cumplimiento de 86%, en relación con el periodo 2018-2019 disminuyo en 01 punto porcentual.

Entre las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Occidente, contabilizan en total 40 acciones de mejora, programadas para ser implementadas en el año 2021, que se detallan a continuación.

**CUADRO No. 58**  
**ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y UNIDAD ORGANIZATIVA, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021**

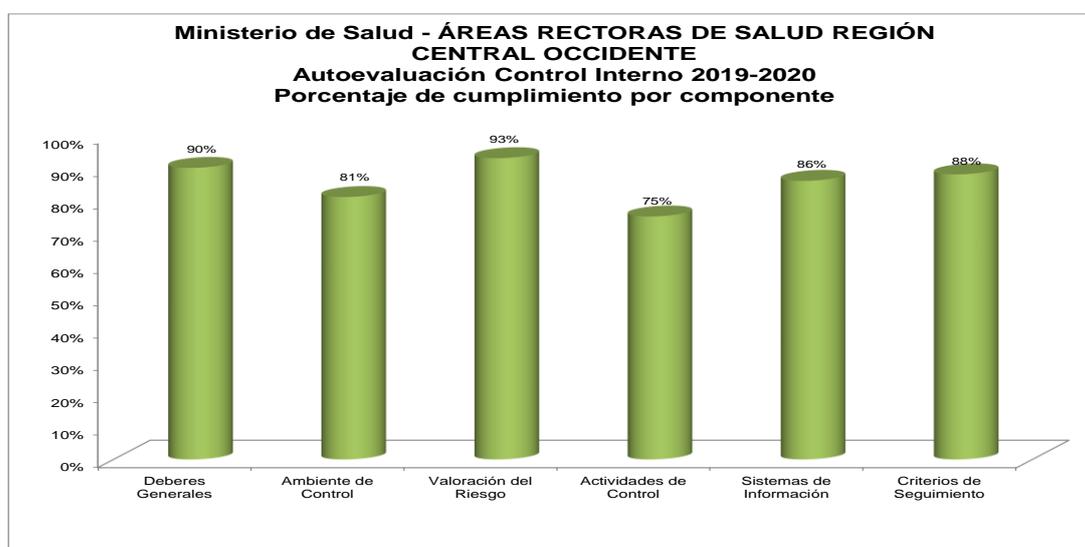
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
San Ramón	2	8	1	4	1	2	18
Valverde Vega	0	0	0	1	0	0	1
Naranjo	0	1	1	2	3	1	8
Palmares	0	5	0	0	2	0	7
Zarzero	0	3	1	1	1	0	6
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>40</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.59**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: ARSRCO, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	90
Ambiente de Control	81
Valoración del Riesgo	93
Actividades de Control	75
Sistemas de Información	86
Crterios de Seguimiento	88
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

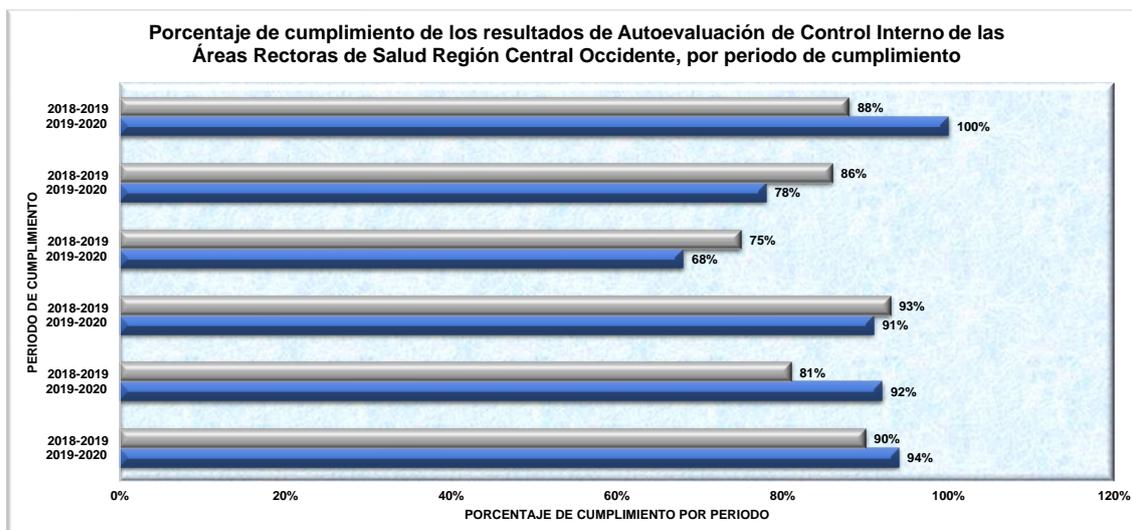


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

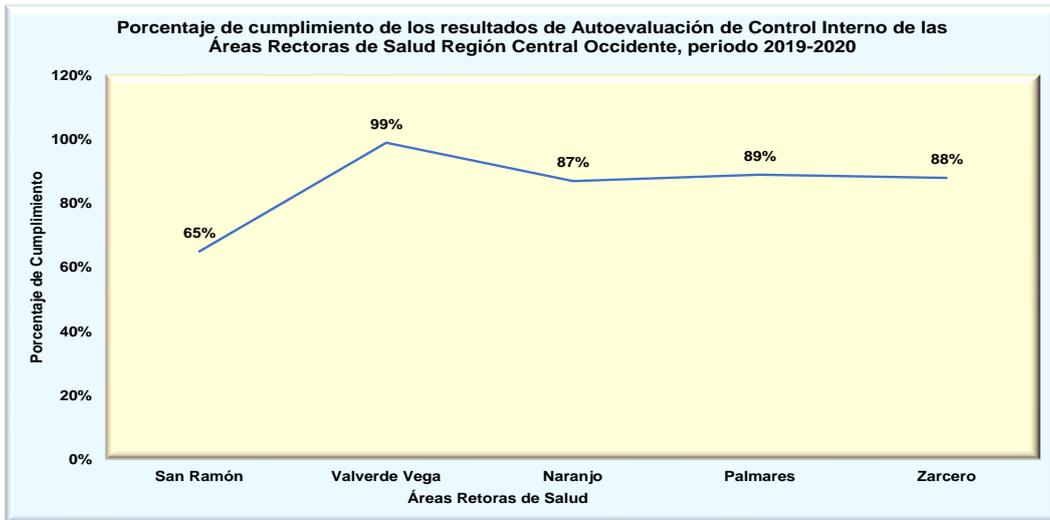
**Cuadro N°.60**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud RCO**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
<b>San Ramón</b>	100	50	85	38	100	89	73	64	91	90	100	60	<b>92</b>	<b>65</b>
<b>Valverde Vega</b>	100	100	92	100	89	100	45	91	91	100	100	100	<b>86</b>	<b>99</b>
<b>Naranjo</b>	86	100	92	92	89	89	82	82	82	80	100	80	<b>89</b>	<b>87</b>
<b>Palmares</b>	100	100	92	100	100	100	67	55	55	80	100	100	<b>86</b>	<b>89</b>
<b>Zarcelo</b>	86	100	100	77	78	89	73	82	73	80	100	100	<b>85</b>	<b>88</b>
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>94%</b>	<b>90%</b>	<b>92%</b>	<b>81%</b>	<b>91%</b>	<b>93%</b>	<b>68%</b>	<b>75%</b>	<b>78%</b>	<b>86%</b>	<b>100%</b>	<b>88%</b>	<b>87%</b>	<b>86%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa ARSCO estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



Cuadro N.61  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: Dirección Rectora de Salud Valverde Vega  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dr. Danilo Granados Alvarado  
PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019 a Setiembre 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 27 de octubre de 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora 2021			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Se cumple de manera parcial ya que para algunas tareas no se cuenta con un manual específico.	Dirigir un oficio al nivel regional, para que se evidencie ante las autoridades superiores está necesidad	Dr. Danilo Granados Alvarado	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.62

Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora

Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno

De octubre del 2019 a setiembre del 2020

Área Rectora de Salud San Ramón

Octubre 2019 a Setiembre 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:

PERIODO DE EVALUACIÓN:

FECHA DE EVALUACIÓN:

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Indicadores de Seguimiento				
							I	II	III	IV	
Deberes Generales	G005	¿Los funcionarios de la unidad organizativa aplican siempre el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa?	PARCIAL	Para garantizar la confidencialidad de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas y la confidencialidad de la información hasta la emisión de la resolución final.R/parcial Se habla de retroalimentar al equipo de la importancia y el deber de la confidencialidad.	Refrescar a todo el personal con el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa	Director a.i Área		50%	50%		
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	PARCIAL	R/no. Se menciona necesidad de un refrescamiento del Artículo 41 de la Ley General de Control Interno al personal a través de un oficio	Refrescar a todos los funcionarios con el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Director a.i Área		100%			
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	NO CUMPLE	R/NO.	Solicitar al Director a.i de Área programar en las reuniones de equipo la revisión de dichos temas así como el proceso de control interno apoyar en esta materia y reforzar dichos temas a todo el equipo por medio de correos electrónicos, pizarra informativa ubicada en el edificio del Área Rectora.	Equipo de Área			100%		
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad? R/Parcial, Existen compañeros que no las han recibido.	PARCIAL	A1304 ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad? R/Parcial, Existen compañeros que no las han recibido.	A través de un oficio cada funcionario que no ha recibido por escrito las responsabilidades funciones y tareas solicitará a su jefatura inmediata el mismo.	FUNCIONARIOS GREIVIN, LUIS GREIVIN, ANNETH, CARMEN VILLALOBOS Y JORGE CHAVES			100%		
	A1306	¿Se realiza el proceso de Gestión del Desempeño según la guía de aplicación establecida?	PARCIAL		Las y los funcionarios que no se les ha aplicado la guía establecida trasladarán a la jefatura a.i la solicitud de que se les aplique la misma guía establecida para la actividad de evaluación del desempeño.	Funcionarios del Área que no la recibieron en la evaluación del año 2019		100%			
	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	PARCIAL	A1307 R/PARCIAL, MENCIONAN A EXCEPCION DOS FUNCIONARIOS SI LO RECIBIERON LOS DEMAS NO	El director a.i. realice el seguimiento de acuerdos con cada funcionario según lo establecido en la guía de aplicación.	Director a.i Área		100%			
	A1309	¿Se han implementado las directivas institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	PARCIAL	R/PARCIAL	Elevar la necesidad al Nivel regional para que se realice una inducción respecto a los requerimientos de personal, técnicos, normativa relacionada con el PGAI, para su adecuada implementación en el Área	Director a.i Área		100%			
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	PARCIAL	R/PARCIAL. REFIEREN NO RECORDARLO	El Director a.i. coordine con el proceso de PI del nivel regional un refrescamiento en ese tema	EQUIPO DE AREA		100%			
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	NO CUMPLE	R/NO. SE MENCIONA QUE DEBIDO A LA PANDEMIA NO SE REALIZAN.	Solicitar a través de oficio a la jefatura a.i facilitar los espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	ENCARGADA DE CONTROL INTERNO		100%			
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	PARCIAL	R/PARCIAL	El equipo solicitará a través de un oficio al titular subordinado que realice una actividad para promover y favorecer el clima laboral (Charla, videoconferencia, cine foro, actividad lúdica)	EQUIPO DE AREA		100%			
Valoración del Riesgo	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	PARCIAL	R1405R/PARCIAL	Convocatoria por parte de la gerencia a sesiones de trabajo, a inicios de cada trimestre, para analizar y dar seguimiento al cumplimiento y eficacia de las medidas minimizadoras de riesgo con apoyo y compromiso de la gerencia	DIRECTOR A.I Y EQUIPO DE AREA	25%	25%	25%	25%	
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	PARCIAL	R/PARCIAL Mencionan en el equipo que no todos los manuales son congruentes	Cada funcionario consultará o revisará los manuales y eleva el que no sea congruente a través de un oficio a la jefatura a.i	EQUIPO DE AREA			100%		
	C1505	Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	PARCIAL	R/PARCIAL	Identificar los controles que requieren actualización y proponer las modificaciones correspondientes y ejecutarlos. Si no hay necesidad de actualización indicarlo formalmente	EQUIPO DE AREA	100%				
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades ?	PARCIAL	R/PARCIAL DEBIDO A LA PANDEMIA NO SE HA REALIZADO LA ACTIVIDAD	Solicitar el espacio en reuniones de concejo de gestión local para revisión de la actualización de los controles aplicados en la unidad organizativa	EQUIPO DE AREA		100%			
	C1507	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	NO CUMPLE	R/NO	Solicitar a través de oficio al jefe a.i. promover la implementación y seguimiento de los controles existentes	EQUIPO DE AREA		100%			
Sistemas de Información	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	PARCIAL	R/PARCIAL	Evidenciar ante el nivel central la necesidad de un espacio para archivo que cumpla con los requerimientos de la normativa.	DIRECTOR A.I			100%		
Criterios de Seguimiento	S1704	Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	NO CUMPLE	R/NO DEBIDO A LA ATENCION DE EMERGENCIA SANITARIA	Solicitar a la jefatura a.i la retroalimentación con los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa	EQUIPO DE AREA		100%			
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	NO CUMPLE		Solicitar al director a.i que en el primer consejo se brinde un espacio para analizar el Plan de mejora de la Autoevaluación de control interno. Brindar espacios en los consejos para que cada proceso exponga temas de interés y se analicen y tomen decisiones técnicas sobre casos importantes. Brindar retroalimentación con el seguimiento al cumplimiento del control gerencial y plan de mejora. Respetar que en estos consejos participen la totalidad de funcionarios del Área	EQUIPO DE AREA	100%				

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.63**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**DIRECCION AREA RESTORA DE SALUD DE NARANJO**  
**Dra Melissa Perez Solano**  
**SEPTIEMBRE 2019 - OCTUBRE 2020**  
**26 DE OCTUBRE 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meses (2020)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	PARCIAL	A1304 No todos los funcionarios tienen definidas por escrito sus tareas	Establecer por escrito las funciones de los colaboradores pendientes	Dra. Melissa Pérez	50%	50%		
Valoración del Riesgo	R1407	¿La administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable?	PARCIAL	R1407 Los riesgos definidos en la unidad organizativa en muchas ocasiones no pueden ser resueltos desde la misma	Mantener la gestión del riesgo mediante el comunicado de estos a los niveles superiores	Unidad organizativa	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	PARCIAL	C1501 Los manuales de PES se encuentran desactualizados	Elevar la solicitud de actualización de manuales	Kimberly Ulate- Dra Melissa Perez Solano	100%			
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	PARCIAL	C1502 En PES las actividades que se realizan no son concordantes con los manuales	Elevar la observación a los niveles superiores	Kimberly Ulate- Dra Melissa Perez Solano	100%			
Sistemas de Información	I1601	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	PARCIAL	I1601 Las condiciones físicas de almacenamiento de los documentos no se ajustan al lineamiento	Elevar al nivel central la solicitud de dotación de un espacio acorde para el almacenamiento	Dra. Melissa Pérez	100%			
	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	PARCIAL	I1604- El proceso de Planificación estratégica no cuenta con manuales actualizados lo que dificulta la ejecución del proceso	Elevar al nivel central la solicitud de dotación de manuales actualizados para el proceso de Planificación Estratégica .	Kimberly Ulate- Dra Melissa Perez Solano	100%			
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	PARCIAL	I 1610 No todos los funcionarios están aplicando la normativa de gestión documental	Sensibilizar al colaborador que se requiere respecto al tema de gestión documental. Electuar seguimiento para corroborar que se cumpla con la normativa de archivo	Directora y Equipo del ARS	100%			
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para reorientar al personal?	NO CUMPLE	S1704 Este año por la emergencia nacional no se han presentado los resultados del cumplimiento a la programación.	Favorecer espacios para la retroalimentación del cumplimiento de metas pactadas	Dra. Melissa Pérez		50%		50%

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.64**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**DARS Palmaras**  
**Dra. Melania Rodriguez**  
**2019-2020**  
**20 octubre 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meses (2020)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	PARCIAL	C1501 Es responsabilidad institucional no de la Unidad Organizativa, ya que el NL no diseña manuales	Evidenciar ante los niveles superiores cuales se necesitan actualizar	Responsables de proceso y Dirección	0%	0%	100%	0%
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	PARCIAL	C1502 La congruencia en los manuales le corresponde asegurarla al nivel normativo no al nivel operativo. Ej Manual de flota vehicular con formatos que no corresponden a las acciones actuales, también en RH el de expedientes	Evidenciar las incongruencias detectadas en los manuales	Responsables de proceso y Dirección	0%	0%	100%	0%
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	PARCIAL	C1505 R/ parcial se analizan por parte de la dirección y se van implementado nuevos controles según necesidades detectadas, no todo se pone por escrito.	Realizar un recordatorio equipo indicando que cada vez que se haga una modificación a un control existente se confeccione un documento evidenciándolo	Recordatorio la dirección, equipo cumplimiento	33%	33%	34%	0%
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	PARCIAL	C1010 R/ se ha visualizado mejoras que no se han podido implementar x la pandemia	Confeccionar e implementar un plan con los controles que la UO considera aplicables según capacidad instalada con el fin de fortalecer la custodia y protección de los documentos	Dirección de la elaboración IT, todo el equipo la implementación del mismo en los siguientes	33%	33%	34%	0%
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	PARCIAL	C1011 R/ se ha visualizado mejoras que no se han podido implementar x la pandemia	Confeccionar e implementar un plan con los controles que la UO considera aplicables según capacidad instalada con el fin de fortalecer la custodia y protección de los documentos	Dirección de la elaboración IT, todo el equipo la implementación del mismo en los siguientes	33%	33%	34%	0%
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	PARCIAL	I1607 R/ Es de competencia del Nivel Central dotar a la institución de sistemas estandarizados que permitan dichos controles. x ej SERSA no se tiene usuario RS, se utilizan sistemas locales o regionales para paliar necesidades del momento no existen unificado a nivel institucional y en algunos casos debería ser interinstitucional x ej COVID para evitar duplicidad de funciones.	Evidenciar al NC la necesidad de contar con el usuario para SERSA en RS y en ACIE que no se ha unificado con VUI	Dirección con apoyo del proceso RS y Yadira	0%	0%	100%	0%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	PARCIAL	I1610 Parcial En cuanto al manejo del archivo administrativo, se han establecido medidas que este año no se pudieron ejecutar debido a la necesidad de priorizar tareas en el marco de la pandemia y que el funcionario que se pensaba que iba a apoyar más esta tarea ha debido apoyar a Vigilancia.	Confeccionar e implementar un plan con los controles que la UO considera aplicables según capacidad instalada con el fin de fortalecer la custodia y protección de los documentos	Dirección de la elaboración IT, todo el equipo la implementación del mismo en los siguientes	33%	33%	34%	0%

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.65**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: **ARS ZARCERO**  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: **LUIS EDGARDO QUESADA QUESADA**  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: **De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
 FECHA DE EVALUACIÓN: **19 DE OCTUBRE DEL 2020**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Niveles de cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	PARCIAL	A1301 ¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Implementar espacios en reuniones de equipo para promover la misión, visión, valores, objetivos institucionales y su retroalimentación	Luis Edgardo Quesada Quesada	25%	25%	25%	25%
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	PARCIAL	A1304 ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Formalizar por escrito anualmente las responsabilidades y funciones por funcionario	Luis Edgardo Quesada Quesada	100%			
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	PARCIAL	A1310 ¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Solicitar a nivel regional el Plan Estratégico vigente	Luis Edgardo Quesada Quesada	100%			
Valoración del Riesgo	R1401	¿La unidad organizativa aplica la metodología SEVRI vigente para la valoración y administración del riesgo en cada uno de los productos?	PARCIAL	R1401 ¿La unidad organizativa aplica la metodología SEVRI vigente para la valoración y administración del riesgo en cada uno de los productos?	Capacitar al personal acerca de la metodología SEVRI, lo anterior, mediante enlace local de Control Interno	Luis Edgardo Quesada Quesada			100%	
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	PARCIAL	C1501 ¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Solicitar a los funcionarios DARS Zarcero, cuales manuales de procedimientos tienen pendiente actualización	Luis Edgardo Quesada Quesada	100%			
Sistemas de Información	I1603	I1603 ¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	PARCIAL	I1603 ¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	En reunión de equipo ceder espacios para su revisión y análisis de manera que cada funcionario y funcionaria tenga claridad de sus competencias	Luis Edgardo Quesada Quesada	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:

				
Bitácora AEI 23 DE OCTUBRE 2020 ARS-:OCTUBRE 2020 ARS-:Salud San Ramón.pdf	Bitácora AEI 21 OCTUBRE 2020 ARS-:OCTUBRE 2020 ARS-:Salud San Ramón.pdf	GA Área Rectora de Salud San Ramón.pdf	GA Autoevaluación Área Rectora de Salud	Informe de Autoevaluación de Co
				
GA Área Rectora de Salud Palmares.pdf	Asistencia autoevaluación 20 octautoevaluación Contr	Informe de la autoevaluación Contr	Bitácora Valverde Vega.pdf	GA Autoevaluación Área Rectora de Salud
				
Informe Institucional de Autoevaluación de	Asistencia Zarcero.pdf	INFORME DE AUTOEVALUACION D		

**REGION CENTRAL ESTE**

**Sede Regional:**

La información suministrada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI Deberes Generales, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento, en contra parte Ambiente de Control 85% y Actividades de Control con 91% de cumplimiento.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 96% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 en un 01 punto porcentual.

Mantienen el 100% de cumplimiento los componentes Valoración del Riesgo, sistemas de Información y Criterios de Seguimiento; aumenta el nivel de cumplimiento Deberes Generales en 14 puntos porcentuales pasando de 86% a 100%, mientras que el componente Ambiente de Control disminuye 07 puntos porcentuales y Actividades de Control se mantiene en 91% de cumplimiento en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las tres acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

**CUADRO No. 66**  
**ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL DIRECCIÓN REGIONAL**  
**RECTORÍA CENTRAL ESTE, PERIODO 2019-2020**

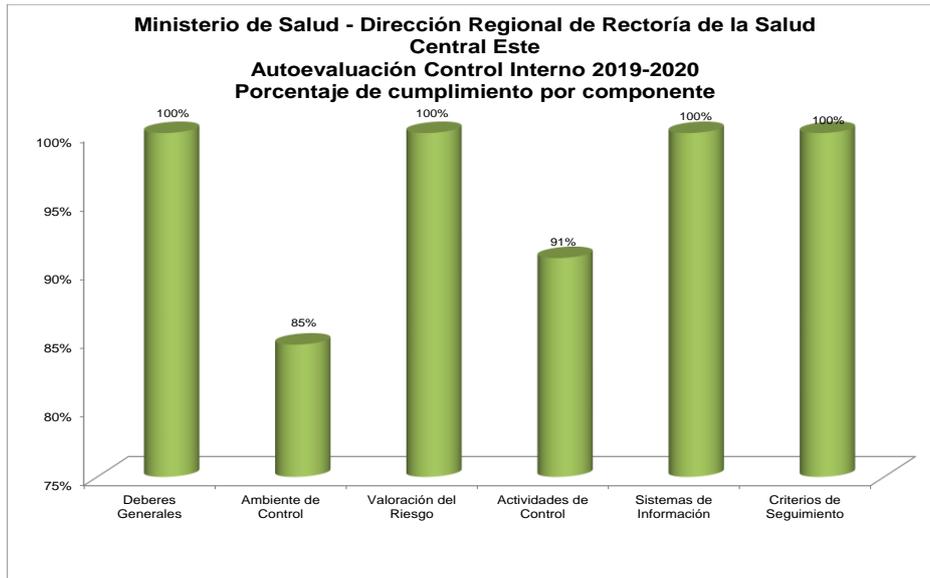
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	1	0	1	2
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	1	0	0	0	1
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.67**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: DRRCE, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	85
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

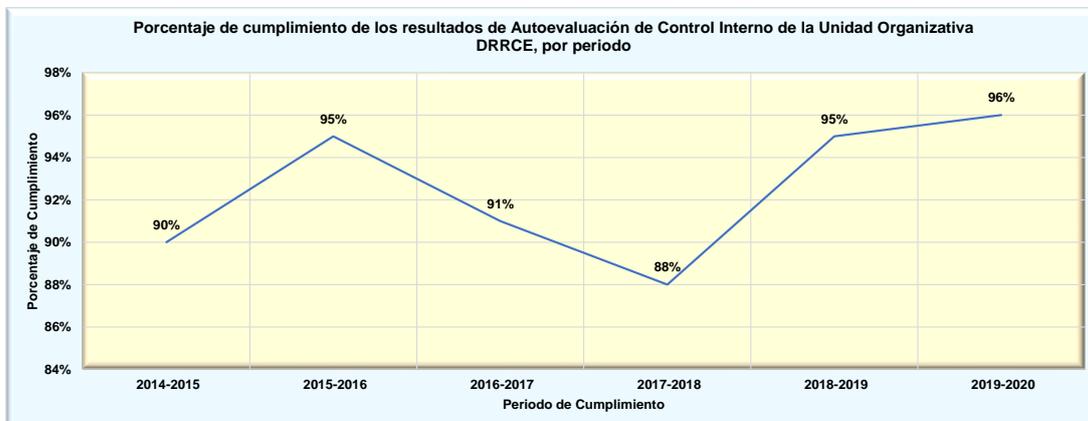


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.68**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: DRRCE**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	71	100	71	86	100
Ambiente de Control	83	100	83	75	92	85
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	100	100	91	91	91	91
Sistemas de Información	58	100	73	91	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>90%</b>	<b>95%</b>	<b>91%</b>	<b>88%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRCE estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**Cuadro N.69**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Regional de Rectoría de Salud Central Este  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dr. Oscar Bermúdez García  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** octubre 2019- setiembre 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** Setiembre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Estado de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) mínimas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	La institución se ha abocado a la atención de la pandemia por COVID19, no obstante, a pesar de ello su accionar rector continúa reflejando aspectos relativos a su misión y visión. (A1301)	En este caso, se plantea la posibilidad de socializar virtualmente sobre estos temas.	Central Este	50%	50%		
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	Se divulgó en su momento pero no se encuentra actualizado.	Se puede sensibilizar mediante presentación en Sway y posterior seguimiento mediante un formulario en Forms.	Central Este				100%
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Existen procesos de trabajo como Atención al Cliente, Vigilancia de la Salud, Regulación cuyos procedimientos se encuentran no actualizados y en algunos casos no existen (manejo epidemiológico de la fiebre amarilla).	Realizar inventario de procedimientos no actualizados o inexistentes para plantear vía oficio a la DGS su debida actualización o elaboración.	Central Este	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA Región Rectora de Salud Central Este.

### ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD REGION CENTRAL ESTE:

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Este, los componentes del SCI presentan un cumplimiento entre el 98% y el 100%, que en relación con periodo 2018-2019 aumento en 03 puntos porcentuales el promedio de cumplimiento, pasando de 96% al 99%.

De acuerdo con el cuadro N°. 72 se puede observar que las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Este, denotan un incremento en el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno en comparación con el periodo 2018-2019.

Entre las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Este, contabilizan en total 04 acciones de mejora, programadas para ser implementadas en el año 2021, que se detallan a continuación.

El Área Rectora de Salud de Cartago, que en periodo 2018-2019 reflejo el cumplimiento más bajo a nivel regional con 90%, para el periodo 2019-2020 lo incremento al 100%, siendo el repunte más significativo de la región.

Para el presente informe no se contó con información del Área Rectora de Salud del Guarco, por lo cual los datos se presentan en cero para el periodo 2019-2020.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las diez acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Este:

CUADRO No.70  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y UNIDAD ORGANIZATIVA, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

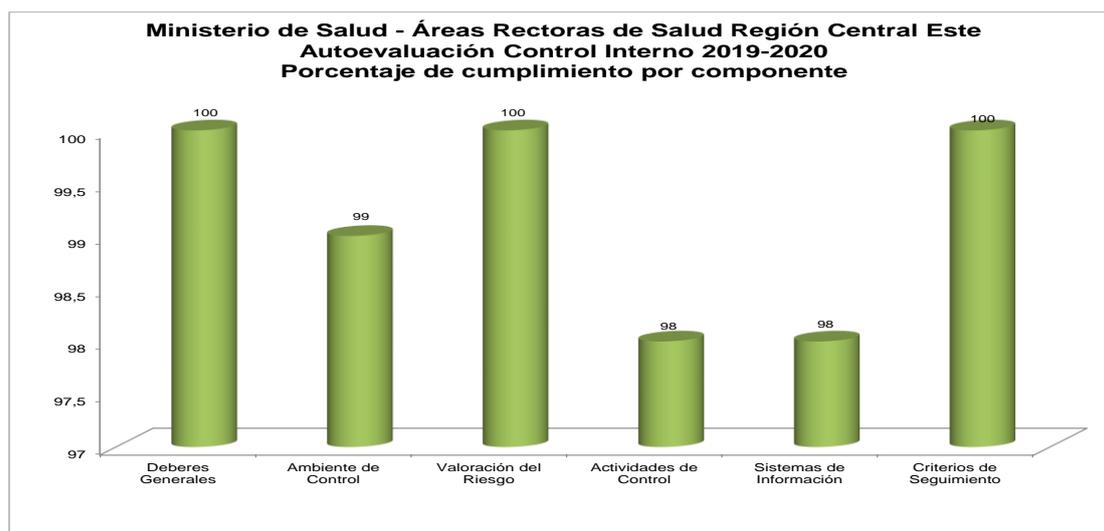
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Cartago	0	0	0	4	0	0	4
La Unión	0	0	0	0	0	0	0
El Guarco	0	0	0	0	0	0	0
Paraiso	0	0	0	0	0	0	0
Turrialba	0	0	0	0	4	0	4
Oreamuno	0	1	0	1	0	0	2
Los Santos	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.71**  
**Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI**  
**Áreas Rectoras Salud Región Central Este, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	99
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	98
Sistemas de Información	98
Crterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



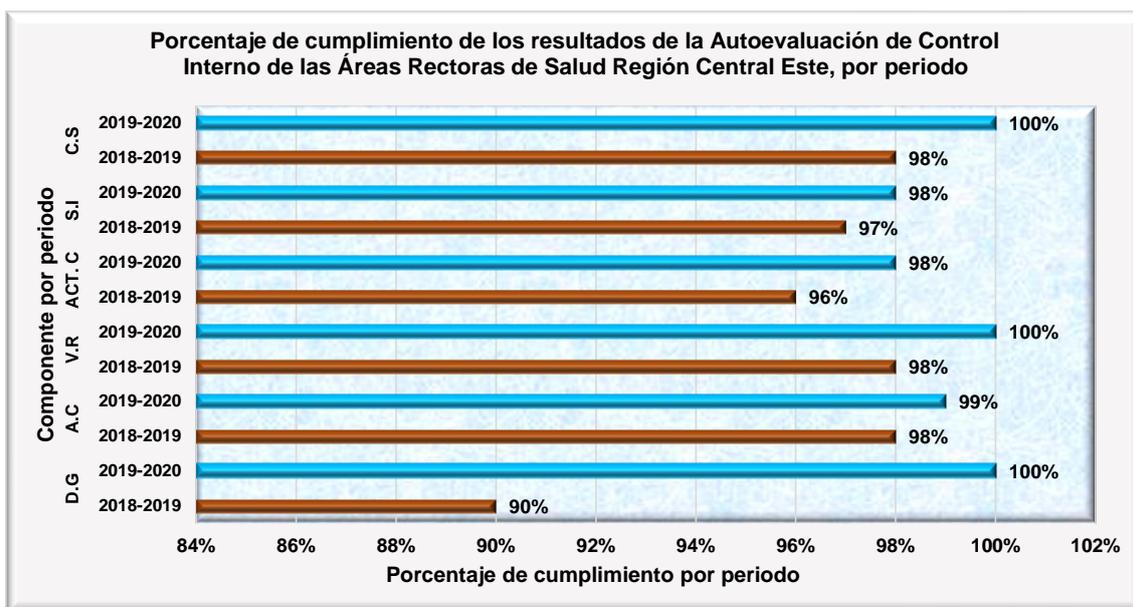
Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.72**

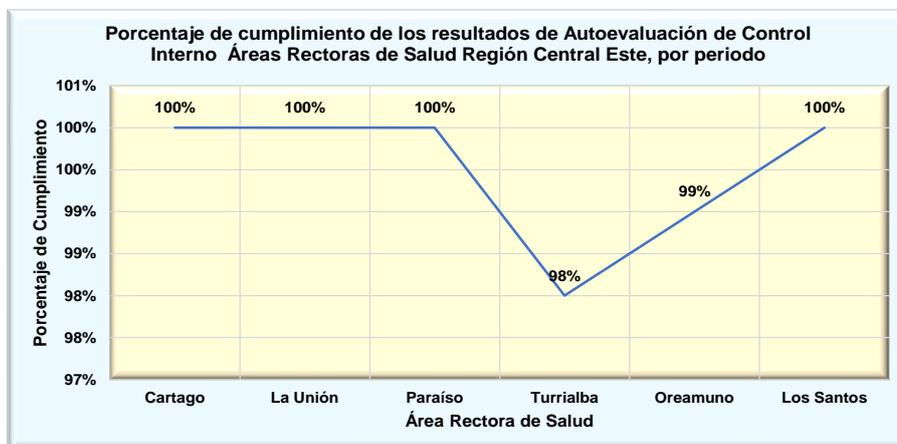
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Este**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Cartago	57	100	100	100	89	100	91	91	100	100	100	100	90	100
La Unión	86	100	100	100	100	100	100	100	91	100	100	100	96	100
El Guarco	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0	100	0
Paraíso	86	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	100
Turrialba	100	100	92	100	100	100	100	100	100	90	83	100	96	98
Oreamuno	100	100	100	92	100	100	91	100	91	100	100	100	97	99
Los Santos	100	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100	100	99	100
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>90%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>98</b>	<b>97%</b>	<b>98%</b>	<b>98%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Este establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud 2021.



**CUADRO No.73**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD DE CARTAGO  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: ANDREA MORALES FIESLER  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019-OCTUBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 20/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Índice (porcentajes) cumplimiento para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	Se debe mejorar la infraestructura, por cuanto no se tiene el espacio físico adecuado que ocasiona problemas de seguridad en el resguardo, no existe encargado o puesto específico permanente para custodia y protección de los documentos.	Diagnóstico de necesidades de infraestructura para el espacio físico del archivo (para lo cual se realizará la medición del área, búsqueda del espacio, conteo de expedientes, cantidad de archivos y actualización de los establecimientos existentes) y la identificación de costos económicos	Andrea Morales Fiesler	100%			
					Presentar y gestionar la solicitud a los niveles superiores para las mejoras en la infraestructura del archivo documental	Andrea Morales Fiesler			100%	
					Mejorar los controles de préstamo de expedientes y archivo en el actual espacio, mientras se resuelve el nuevo espacio físico	Andrea Morales Fiesler	25%	25%	25%	25%
					Gestionar según necesidad el recurso humano idóneo	Andrea Morales Fiesler	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.74**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD TURRIALBA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRA. GISELLE SOLANO FERNÁNDEZ  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 26-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Índice (porcentajes) cumplimiento para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Sistemas de Información	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	No Cumple	No se ha dado la réplica sobre la capacitación del uso de archivística, se carece de un técnico en esa área.	Brindar la réplica a los compañeros colaboradores	Teresita Jiménez Arroyo y Alfonso García Cambronero		50%	50%	
					Implementación de las acciones archivísticas	Todos los coordinadores de los procesos		50%	25%	25%
					Supervisión de la implementación	Dra. Giselle Solano F.			50%	50%
					Solicitud a la RCE de un archivista	Dra. Giselle Solano F.				100%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.75**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS OREAMUNO  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR. OSCAR RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Índice (porcentajes) cumplimiento para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Realizar una actividad con los funcionarios del Área Rectora de Salud de Oreamuno donde se promueva el Manual de Ética Institucional	Dra. Jessica Bonilla Madriz		100%		
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Esto ya fue tramitado en el Plan de Mejora que se ha venido trabajando durante el año 2018 y 2019	Dr. Oscar Rodríguez González	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



GA Área Rectora  
Salud Cartago.pdf



GA Área Rectora  
Salud Oreamuno.pdf



GA Área Rectora  
Salud Paraiso.pdf



GA Área Rectora  
Salud Los Santos.pdf



GA Área Rectora  
Salud Turrialba.pdf



GA Área Rectora  
Salud La Unión.pdf

## REGIÓN CHOROTEGA

### Sede Regional:

La información suministrada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo, Actividades de Control y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento, mientras que Sistemas de Información 91% y Deberes Generales que desde el periodo 2016-2017 se ha mantenido entre 86% disminuyendo en tres puntos porcentuales para el periodo 2019-2020 con el nivel de cumplimiento más bajo 83%.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 96% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 en un punto porcentual. Mantienen el 100% de cumplimiento Ambiente de Control, Valoración del Riesgo y Criterios de Seguimiento; entre tanto Deberes Generales y sistemas de Información disminuyeron tres y nueve puntos porcentuales correspondientemente en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las dos acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

CUADRO No. 76  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL DIRECCIÓN REGIONAL RECTORÍA EN SALUD CHOROTEGA, PERIODO 2019-2020

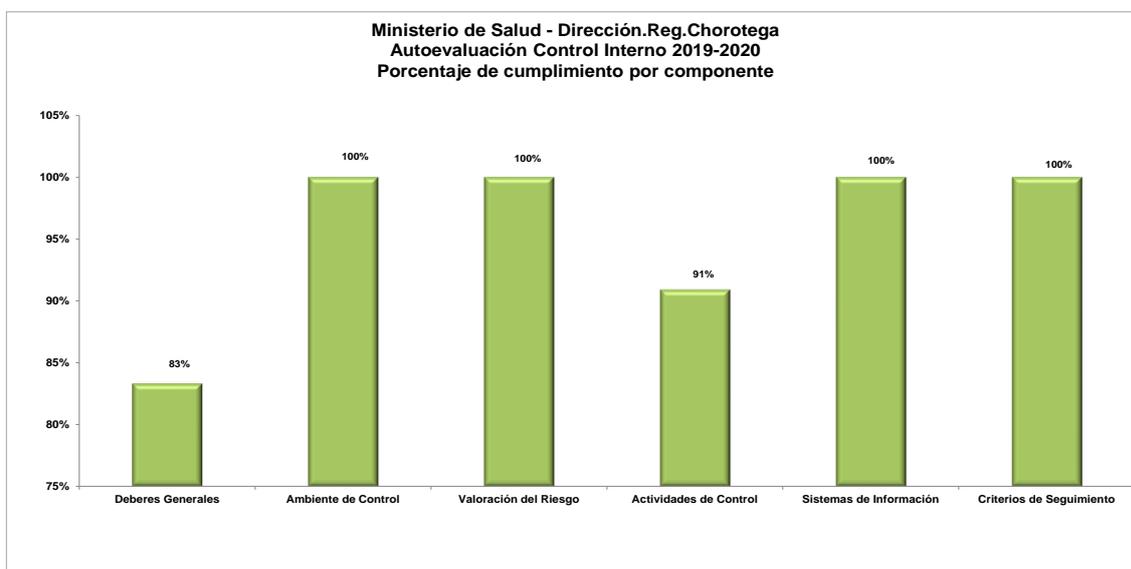
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	0	0	0	1	1
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	1	1
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.77**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: DRRSCHO, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	83
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

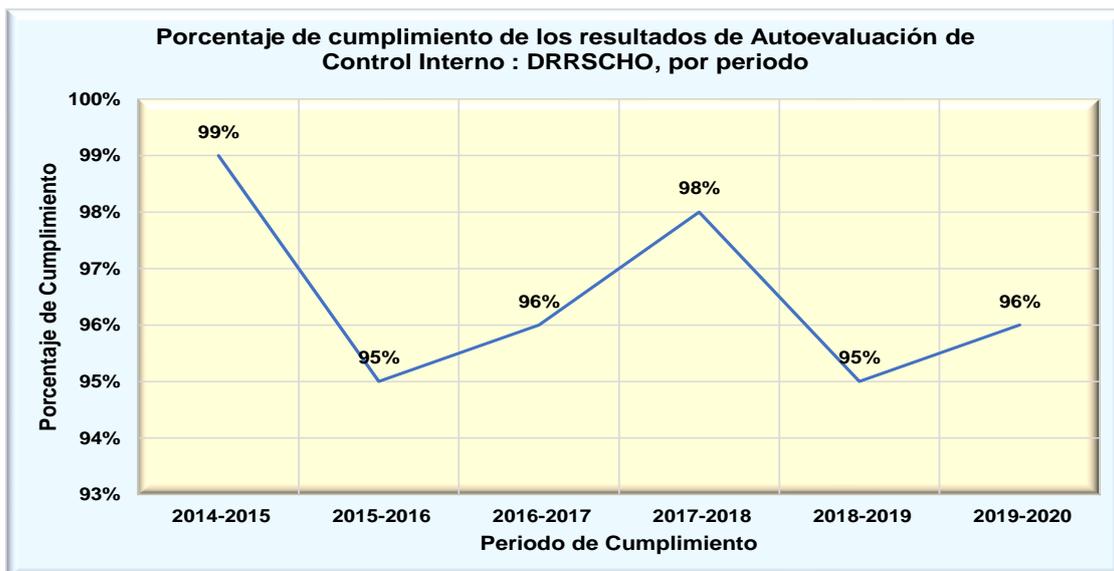


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.78**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Organizativa: DRRSCHO**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	86	86	86	83
Ambiente de Control	100	100	100	100	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	92	100	100	100	82	100
Sistemas de Información	100	67	91	100	100	91
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>99%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>	<b>98%</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSCHO estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.


**CUADRO No.79**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**Dirección Regional Chorotega**  
**Dr. Enrique Jiménez Aragón**  
**2019-2020**  
**27-10-2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** \_\_\_\_\_  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** \_\_\_\_\_  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** \_\_\_\_\_

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentajes) finalizadas para cumplir con el plan de mejora 2021			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	Se ha divulgado de forma parcial a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Mediante capsulas informativas -- enviadas a través del correo electrónico institucional -- se emitirán mensajes (dirigidos a todos los funcionarios) que permitan reforzar la divulgación de las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.	Rigoberto Gutiérrez Ch / Royden Alvarado Dávila	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	Se cumple en la unidad organizativa -- de forma parcial -- con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos.	Se llevará a cabo un cumplimiento de los lineamientos que señale el nivel central, en ese tema en específico.	Marta Contreras / Cristina Rodríguez.	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – REGIÓN CHOROTEGA

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Chorotega, los componentes del SCI presentan un cumplimiento entre el 62% y el 100%, que en relación con periodo 2018-2019 aumento en 01 punto porcentual el promedio de cumplimiento, pasando de 91% al 92%.

De acuerdo con el cuadro N°. 82 se puede observar que las Áreas Rectoras de Salud de la Región Chorotega, denotan un incremento en el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno en cinco de ellas y siete disminuyeron en mayor grado el Área Rectora de Salud de Abangares que paso de 93% a 62% en comparación con el periodo 2018-2019.

En las siguientes imágenes se muestra la información anterior y el detalle de las 58 acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Chorotega:

**CUADRO No.80**  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREA RECTORA DE SALUD REGIÓN CHOROTEGA, PERIODO 2019-2020  
PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

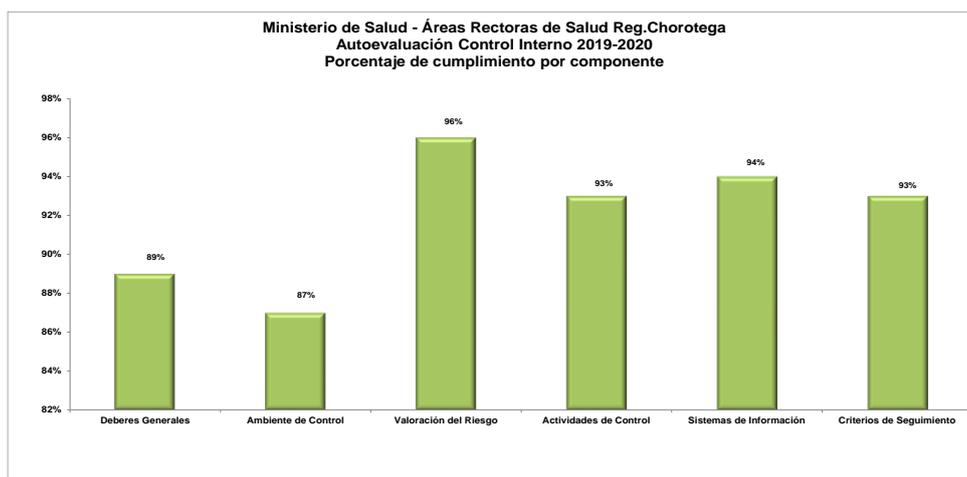
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Abangares	4	6	0	3	3	3	19
Bagaces	0	1	1	0	0	0	2
Cañas	1	4	0	0	0	0	5
Carrillo	0	0	0	0	2	0	2
Hojancha	0	1	0	1	0	0	2
La Cruz	1	0	0	0	0	0	1
Liberia	2	3	0	0	0	0	5
Nandayure	0	0	0	5	0	0	5
Nicoya	0	1	0	0	0	1	2
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	1
Tilarán	0	4	4	1	3	0	12
Upala	0	0	0	1	1	0	2
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>58</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.81**  
Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI  
Áreas Rectoras Salud Región Chorotega, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	89
Ambiente de Control	87
Valoración del Riesgo	96
Actividades de Control	93
Sistemas de Información	94
Criterios de Seguimiento	93
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

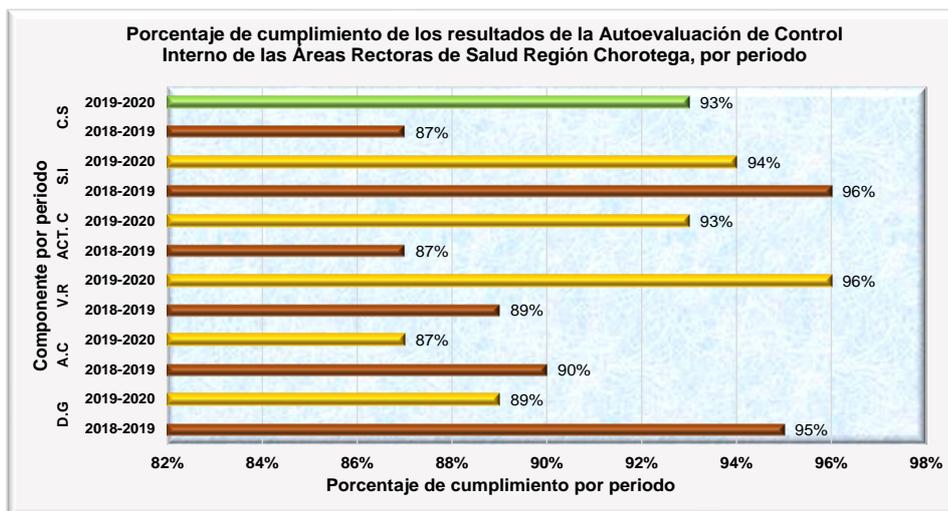


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

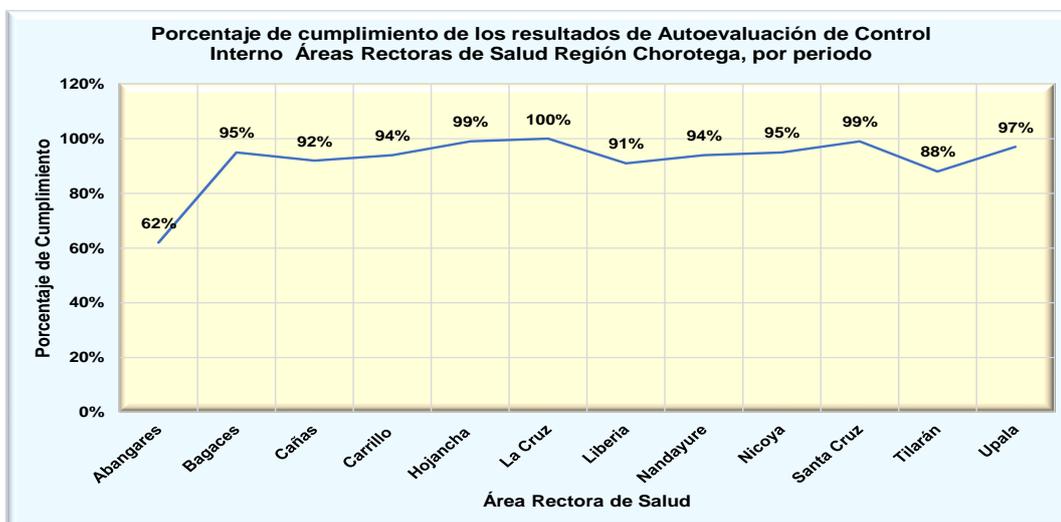
**Cuadro N°.82**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Este**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
<b>Abangares</b>	100	33	54	54	100	100	73	73	82	70	33	40	<b>93</b>	<b>62</b>
<b>Bagaces</b>	100	100	100	92	100	78	82	100	100	100	100	100	<b>97</b>	<b>95</b>
<b>Cañas</b>	86	83	69	69	43	100	73	100	82	100	33	100	<b>64</b>	<b>92</b>
<b>Carrillo</b>	100	83	92	100	100	100	100	100	100	80	100	100	<b>99</b>	<b>94</b>
<b>Hojancha</b>	100	100	92	100	100	100	91	91	100	100	100	100	<b>97</b>	<b>99</b>
<b>La Cruz</b>	100	100	100	100	100	100	82	100	100	100	100	100	<b>97</b>	<b>100</b>
<b>Liberia</b>	100	67	100	77	100	100	100	100	91	100	100	100	<b>99</b>	<b>91</b>
<b>Nandayure</b>	86	100	100	100	100	100	82	64	100	100	100	100	<b>95</b>	<b>94</b>
<b>Nicoya</b>	100	100	100	92	100	100	91	100	100	100	83	80	<b>96</b>	<b>95</b>
<b>Santa Cruz</b>	71	100	69	92	100	100	82	100	100	100	100	100	<b>87</b>	<b>99</b>
<b>Tilarán</b>	100	100	100	67	57	77	100	91	91	90	100	100	<b>91</b>	<b>88</b>
<b>Upala</b>	100	100	100	100	71	100	91	91	100	90	100	100	<b>94</b>	<b>97</b>
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>95%</b>	<b>89%</b>	<b>90%</b>	<b>87%</b>	<b>89%</b>	<b>96%</b>	<b>87%</b>	<b>93%</b>	<b>96%</b>	<b>94%</b>	<b>87%</b>	<b>93%</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Chorotega establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud 2021.



**CUADRO No.83**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCIÓN AREA RECTORA DE SALUD BAGACES  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Betzaida Barrantes Fonseca  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 30-09-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Medida programada para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional?	Parcial	En política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional es parcial porque se llenan las herramientas pero, no se han implementado las acciones	Implementar acciones de política de gestión ambiental institucional a lo interno de la unidad	Betzaida Barrantes Fonseca	25%	25%	25%	25%
Valoración del Riesgo	R1409	¿Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Parcial	Participamos en la administración del riesgo solamente, porque ya vienen definidos	Administrar con criterios de oportunidad y conveniencia los riesgos definidos por nivel central aunque no participemos en su elaboración	Betzaida Barrantes Fonseca	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.84**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**DIRECCIÓN AREA RECTORA DE SALUD ABANGARES**  
**DR. RICARDO MARTÍN DÍAZ CAJINA**  
**OCTUBRE 2019 - SEPTIEMBRE 2020**  
**26 DE SEPTIEMBRE 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Metas porcentuales) observarse para cumplir con el plan de mejora (2020)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	No Cumple	G001 ¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Nombrar a un colaborador que controle el proceso de control interno, mediante un oficio.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	G003 ¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Facilitar o informar por medio digital el compendio de normativa dispuesta en la unidad organizativa así como la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	G005	¿Los funcionarios de la unidad organizativa aplican siempre el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa? para garantizar la confidencialidad de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas y la confidencialidad de la información hasta la emisión de la resolución final.	No Cumple	G005 ¿Los funcionarios de la unidad organizativa aplican siempre el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa? para garantizar la confidencialidad de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas y la confidencialidad de la información hasta la emisión de la resolución final.	Realizar un refrescamiento a los funcionarios de la unidad organizativa sobre las implicaciones del artículo 6 de la Ley de Control Interno.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	G006 ¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Realizar un refrescamiento a los funcionarios de la unidad organizativa sobre las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
Ambiente de Control	A1303	A1303 ¿Se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)?	Parcial	A1303 ¿Se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)?	Realización de sesión de repaso en el Consejo de Gestión Local sobre el Manual de Políticas sobre la Gestión de la Información y el Manual de normas sobre gestión de la información.	Bach. Hammryns Vargas Viales		50%	50%	
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	No Cumple	A1304 ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Formalizar por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores que han sido recargados con funciones adicionales a las encomendadas originalmente.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	A1308	¿Se cumple en la unidad organizativa los lineamientos de gestión del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación?	Parcial	A1308 ¿Se cumple en la unidad organizativa los lineamientos de gestión del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación?	Realización de sesión (es) de repaso en el Consejo de Gestión Local sobre el capítulo XXVI del Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud (DE 32544-S) y el Manual de Procedimiento.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional?	Parcial	A1309 ¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional?	Dar a conocer al personal, las generalidades del Plan Gestión Ambiental Institucional.	Bach. Hammryns Vargas Viales		100%		
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	A1310 ¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Revisión de las generalidades del Plan Estratégico Institucional en sesión (es) del Consejo de Gestión Local.	Licda. Karen Marcela Flores Jiménez	100%			
	A1312	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Parcial	A1312 ¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Dar a conocer al personal la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación.	Lic. Cesar Ruiz Montero	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.85**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
**DIRECCIÓN AREA RECTORA DE SALUD ABANGARES**  
**DR. RICARDO MARTÍN DÍAZ CAJINA**  
**OCTUBRE 2019 - SEPTIEMBRE 2020**  
**26 DE SEPTIEMBRE 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Mesa (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Mesa (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	C1504 ¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Realización de mejoras sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la Unidad Organizativa a petición de los niveles superiores.	Equipo Específico	25%	25%	25%	25%
	C1509	¿Se aplican los procedimientos para custodia y la protección de los activos contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregular o acto ilegal?	Parcial	C1509 ¿Se aplican los procedimientos para custodia y la protección de los activos contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregular o acto ilegal?	Oficio por parte de la Dirección comunicando el riesgo.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	C1511 ¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Realización de una serie de tareas y actividades para establecer lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de documentos.	Henry Rojas Coto	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1606	I1606 ¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Parcial	I1606 ¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Realización de seguimiento trimestral o semestral de las actividades que llevan los funcionarios en el POI.	Dr. Ricardo Díaz Cajina	25%	25%	25%	25%
	I1609	I1609 ¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	I1609 ¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Realización de sesión en el Consejo de Gestión Local, para Reforzar la recomendación de respaldar la información mediante dispositivos externos o mediante el one drive.	Dr. Ricardo Díaz Cajina	100%			
	I1610	I1610 ¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	No Cumple	I1610 ¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Realizar informe de las condiciones en que se lleva el archivo de los documentos y comunicarlos a la Dirección Regional de Salud Chorotega.	Dr. Ricardo Díaz Cajina		100%		
Criterios de Seguimiento	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	No Cumple	S1703 ¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Realización de seguimiento trimestral de las actividades del Plan de Mejoras y dárseles a conocer mediante correo electrónico institucional para retroalimentación.	Dr. Ricardo Díaz Cajina	25%	25%	25%	25%
	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	No Cumple	S1704 ¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Realización de seguimiento trimestral de las actividades que llevan los funcionarios en el POI y dárseles a conocer mediante correo electrónico institucional para que realicen retroalimentación.	Dr. Ricardo Díaz Cajina	25%	25%	25%	25%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	No Cumple	S1705 ¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Discutir en las sesiones de Consejo las posibles mejoras.	Equipo Específico	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.86**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD DE CAÑAS  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR JUAN LUIS SÁNCHEZ VALLEJOS  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 2-11-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (según el nivel de cumplimiento con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	G-006 ¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Capacitar a los funcionarios de la DARS-Cañas en cuanto al artículo 6 de la ley de control interno y normativa conexas.	DR SANCHEZ/ BACH. MILDRED VARGAS				
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promuevan la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	A1301 ¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promuevan la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Facilitar espacios para realizar actividades que promuevan la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	DR SÁNCHEZ/ BACH. MILDRED VARGAS				
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	A1310 ¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Revisar en sesión de trabajo con los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) Vigente	DR SÁNCHEZ/ LIC.MARIO OBANDO CALVO				
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	A1311 ¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Facilitar espacios para divulgar el plan de ética y valores, esto mediante actividades programadas	DR SÁNCHEZ/ LIC.MARIO OBANDO CALVO				
	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional?	Parcial	A1309 ¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional?	Se facilitaran espacios para talleres de capacitación para divulgar y actualizar los conceptos y normativa vigente referente a la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional (PGA), con el fin de plantear y fortalecer proyectos tanto a lo interno del área como hacia la comunidad.	DR SÁNCHEZ/ ING RAQUEL PORRAS				

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.87**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS-CARRILLO  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Suseth Rodríguez Vega  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: De octubre del 2019 a Setiembre del 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 04 de Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (según el nivel de cumplimiento con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	No todos los funcionarios tienen acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos por problemas de acceso al sistema	Realizar la solicitud de restauración de las claves de recuperación de los funcionario con problemas que no puedan acceder al sistema	Suseth Rodríguez Vega	100%			
	I1604	¿Dispone cada funcionario de la unidad organizativa de acceso al correo electrónico institucional?	Parcial	Algunos Funcionarios no puede acceder al correo institucional por problemas de clave acceso	Realizar la solicitud de recuperación de clave de acceso a los funcionarios que no puedan acceder al sistema	Suseth Rodríguez Vega	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.88**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCION DE AREA RECTORA DE SALUD LA CRUZ  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Thais Mayorga Acosta  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 02 de Nov. 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) mínimas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	Actualizar Protocolos	Descargar los protocolos y hacerlos del conocimiento de todos los colaboradores del Área.	CONSEJO DE GESTION LOCAL	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.89**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS Hojanca  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Yessenia Ruiz Arias  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019-Setiembre 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 21/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) mínimas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1316	¿Existen en la institución políticas de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos?	Parcial	Los funcionarios de esta Área Rectora, desconocen si existe una política de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos (si conocemos que existen algunos incentivos pero no una política).	Solicitar a Nivel Regional o Central, la Política de Incentivos Institucional.	Dra. Yessenia Ruiz			100%	
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Los funcionarios indican que no todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados	Gestionar a Nivel Central la realización de protocolos y/o manuales de procedimiento para el proceso de Planificación Estratégica de la Salud, así como que actualicen algunos manuales, guías de trabajo y normativa sobre establecimientos de salud que están muy desactualizados.	Dra. Ruiz/Ana Yoselin		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCION DE AREA RECTORA DE SALUD SANTA CRUZ  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Warren Chavarría Venegas  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) mínimas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	No se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional completamente	Nombrar a un encargado del programa	Warren Chavarría Venegas	100%			

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.90**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS Liberia  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dr. Mario Calvo González  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 22-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (información a ser programada para el periodo 2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G002	¿Se divulga a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones?	Parcial	G-02- Se han divulgado algunas leyes y reglamentos, políticas, planes en años anteriores, sin embargo, se hace necesario retomar estos documentos para actualizar los conocimientos del personal.	Realizar sesiones de divulgación y actualización de conocimientos en reuniones de personal.	Dr. José Villegas Muñoz (Ley General de Control Interno), Lic. Estrella Vargas Díaz (Marco Orientador del SEVRI), MSc. Armando Mendoza García (Ley General de Salud)			50%	50%
	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	G-03- Existen estos documentos esenciales los cuales están dispersos, por lo que se hace necesario crear una carpeta compartida para su mayor acceso.	Solicitar al nivel central a la Unidad de Tecnología de la Información la confección de una carpeta compartida que incluya los documentos solicitados del proceso de control interno.	Lic. Matilde Morice Rugama		50%	50%	
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	A-1301-En las reuniones de personal se ha retomado el tema de los valores institucionales, no se ha continuado durante el presente año debido a la pandemia.	Actualización y continuidad del Plan de Valores	Licda. Monica Muñoz Gonzaga			50%	50%
	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	A-1309-Existe en la unidad organizativa un plan de gestión ambiental institucional, el cual no se ha implementado en su totalidad.	Actualización y continuidad del Plan de Gestión Ambiental Institucional	Ing. Miguel Chaves López			0,5	50%
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	A-1310-El Plan Estratégico Institucional (PEI) se ha expuesto en otras ocasiones, al existir funcionarios nuevos se hace necesario retomar este tema.	Divulgación del Plan Estratégico Institucional (PEI) en reuniones de personal	Licda. Estrella Vargas Díaz			100%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.91**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD NICOYA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: MARICELA VILLEGAS ANGULO  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 30-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (información a ser programada para el periodo 2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	INFORMAR A LOS DEMÁS FUNCIONARIOS MEDIANTE OFICIO	MARICELA VILLEGAS ANGULO				
Criterios de Seguimiento	S1711	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	No Cumple	¿Realiza la unidad organizativa retroalimentación trimestral posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	REUNION TRIMESTRAL PARA RETROALIMENTACION DE LOS RESULTADOS	MARICELA VILLEGAS ANGULO				

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.92**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS Nandayure  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Natalia Rodríguez Cárdenas  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019-Setiembre 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) mínimas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1509	¿Se aplican los procedimientos para custodia y protección de los activos contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregular o acto ilegal?	Parcial	Los funcionarios indican que no todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados. Tampoco se han recibido protocolos e instrumentos de ciertas instancias como la ILAIS..	Gestionar a Nivel Central la realización de protocolos y/o manuales de procedimiento para el proceso de Planificación Estratégica de la Salud, así como que actualicen algunos manuales, guías de trabajo y normativa sobre establecimientos de salud que están muy desactualizados. De igual forma solicitar protocolos y lineamientos específicos sobre el accionar de la Instancia Local de Atención del suicidio	Dra. Natalia Rodríguez/Sugeily Duartes	100%			
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	En lo referente a los procesos de custodia y protección de activos y documentos, se cumple parcialmente debido a que la infraestructura carece de espacios requeridos para custodia de bienes, como vehículos, expedientes, etc. Además que incumple con requerimientos técnicos de acceso a personas con discapacidad.	Ya se han presentado informes y solicitudes a niveles superiores, incluso se cuenta con una inspección al edificio. La actividad de mejora radica por tanto en dar seguimiento a este proceso, en procura de gestionar las mejoras necesarias.	Dra. Natalia Rodríguez/ Gricel Durán	25%	50%	25%	
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	Se ha identificado debilidades en el proceso de trazabilidad de expedientes al ser trasladado entre los departamentos.	Dar cumplimiento al protocolo interno establecido para el manejo de expedientes a lo interno del ARS	Procesos de Dirección, Regulación y Atención al clientes	25%	25%	25%	
	C1512	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	Parcial	Se han presentado inconvenientes con el proceso de sincronización y almacenaje en one drive. Además el ancho de banda es insuficiente para las necesidades requeridas y el trabajo simultaneo de varios equipos. Además no se cuenta con programación de mantenimiento técnico preventivo.	1. Realizar constantemente respaldos seguros de toda la información generada en discos duros y otros dispositivos de almacenamiento externo.  2. solicitar a nivel regional la realización de un cronograma para el mantenimiento y actualización de los equipos tecnológicos por parte del técnico en informática.	1. Todos los funcionarios  2. Dra, Natalia Rodríguez	25%	25%	25%	100%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.93**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: TILARAN  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRA. HILDA MARIA BARRANTES GUERRERO  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCT 2019-SETIEMBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (información programada para el periodo de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	No Cumple	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	PARA EL 2020 SE HARA POR SEMESTRE	DRA. HILDA BARRANTES		50%		50%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	SE REALIZARÁ POR TEAMS LAS CHARLAS APARTIR DEL 2020	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	SE CONTINUARÁ CON LA PROGRAMACION DE ESTE AÑO	DRA. HILDA BARRANTES		25%	25%	50%
	A1316	¿Existen en la institución políticas de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos?	No Cumple	¿Existen en la institución políticas de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos?	SE HARA INCENTIVOS DE MOTIVACION	DRA. HILDA BARRANTES		50%		50%
Valoración del Riesgo	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	SE DARA SEGUIMIENTO CADA SEMESTRE POR MEDIO DE BITACORA CON EL PERSONAL	DRA. HILDA BARRANTES		50%		50%
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	No Cumple	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	SE DARA SEGUIMIENTO CADA SEMESTRE EN REUNION DE GESTION LOCAL	DRA. HILDA BARRANTES		50%		50%
	R1407	¿La administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable?	No Cumple	¿La administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable?	REALIZAR LAS GESTIONES PERTINENTES CON RECURSOS HUMANOS Y CON LA DIRECCION REGIONAL PARA EL APOYO CON FUNCIONARIOS DE OTRAS AREAS PARA SOLVENTAR LA AUSENCIA DE PERSONAL POR LO MENOS TEMPORALMENTE.	DRA. HILDA BARRANTES	50%		50%	
	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	Parcial	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	SOLICITAR A NIVEL REGIONAL LA CAPACITACION DE SENSIBILIZACION Y SOCIALIZACION	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1507	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	Parcial	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	EN REUNION DE GESTIÓN SE HARAN LAS ACTIVIDADES PARA DAR SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1602	¿Los canales de comunicación de la unidad organizativa permiten el traslado oportuno de la información?	Parcial	¿Los canales de comunicación de la unidad organizativa permiten el traslado oportuno de la información?	HACER RETROALIMENTACIÓN EN REUNIONES DE GETION LOCAL	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%
	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	SOLICITAR A NIVEL REGIONAL APOYO PARA COORDINAR CON LOS NIVELES LOCALES PARA EL APOYO DE PERSONAL TEMPORALMENTE AL AREA DE TILARÁN	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%
	I1621	¿Existen a nivel institucional procedimientos respecto al manejo de la información manual y electrónica para el préstamo de documentos físicos, que prevengan su pérdida?	Parcial	¿Existen a nivel institucional procedimientos respecto al manejo de la información manual y electrónica para el préstamo de documentos físicos, que prevengan su pérdida?	SOLICITAR RESPALDO AL PERSONAL DE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION ELECTRONICA	DRA. HILDA BARRANTES	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.94**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: \_\_\_\_\_  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Luis Enrique Mayorga Díaz  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Niveles de cumplimiento para el periodo de la mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Solicitar a los niveles las aclaraciones correspondiente a los niveles superiores.		50%		50%	
Sistemas de Información	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Solicitar apoyo al nivel regional y gestionar solicitud de plazas				100%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF*



GA Área Rectora  
salud Bagaces.pdf



GA Área Rectora  
Salud Cañas.pdf



GA Área Rectora  
Salud Carrillo.pdf



GA Área Rectora  
Salud Hojancha.pdf



GA Área Rectora  
Salud La Cruz.pdf



GA Área Rectora  
Salud Liberia.pdf



GA Área Rectora  
Salud Nandayure.pdf



GA Área Rectora  
Salud Abangares.pdf



GA Área Rectora  
Salud Santa Cruz.pdf



GA Área Rectora  
Salud Nicoya.pdf



GA Área Rectora  
Salud Tilarán.pdf



GA Área Rectora  
Salud Upala.pdf



Informe de  
Control.Interno.2019-

## REGIÓN CENTRAL NORTE

### Sede Regional:

La información suministrada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI, Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento; para el componente Actividades de Control el cumplimiento es del 64%, en el periodo 2019-2020 con el menor rendimiento, pero en comparación con el periodo anterior creció 28 puntos porcentuales.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 94% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 en 32 puntos porcentuales. También se puede observar el incremento de cumplimiento en los

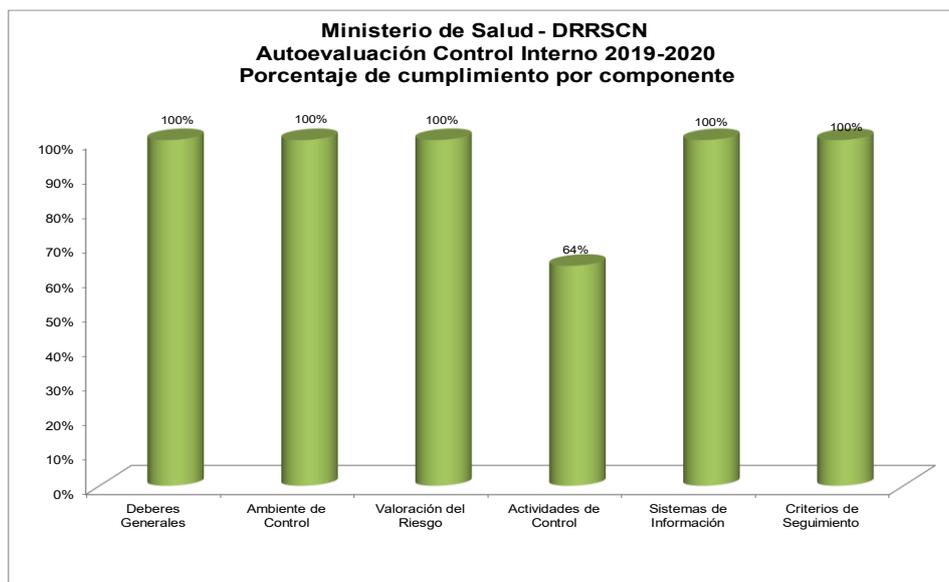
demás componentes del Sistema de Control Interno, en comparación con el periodo anterior, lo cual indica el esfuerzo realizado en la mejora continua de los componentes del Sistema de Control Interno.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las cinco acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

**Cuadro N°.95**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: DRRSCN, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	64
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>94%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

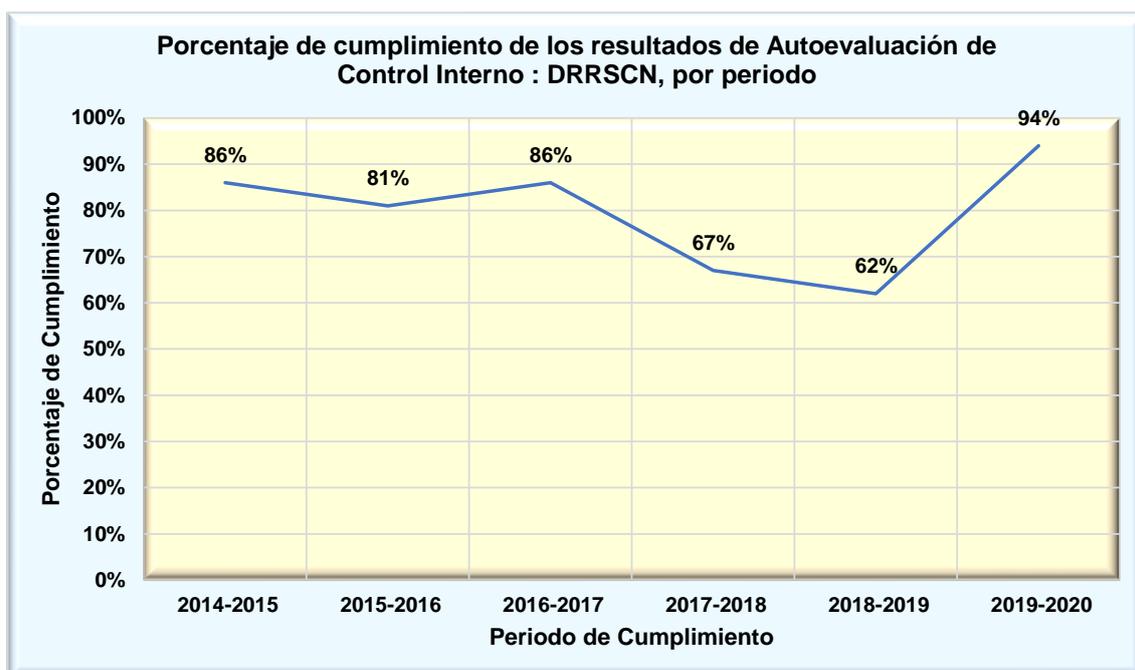


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.96**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Organizativa: DRRSCN**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	86	86	100
Ambiente de Control	90	100	92	92	92	100
Valoración del Riesgo	90	50	86	57	43	100
Actividades de Control	80	69	73	45	36	64
Sistemas de Información	85	67	80	55	36	100
Criterios de Seguimiento	72	100	83	67	80	100
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>	<b>81%</b>	<b>86%</b>	<b>67%</b>	<b>62%</b>	<b>94%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSCN estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**CUADRO No.97**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dra. Karina Garita Montoya  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** 2019-2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 15-10-20

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	C1501 ¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Se ha integrado Equipos interdisciplinarios con la participación Regional en función de cumplir a cabalidad en este ítem		25%	25%	25%	25%
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	C1502 ¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Se ha integrado Equipos interdisciplinarios con la participación Regional en función de cumplir a cabalidad en este ítem		25%	25%	25%	25%
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	C1510 ¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Se aplican los procedimientos dentro de la capacidad de recursos e infraestructura	Todas las unidades	25%	25%	25%	25%
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	C1511 ¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Se aplican los procedimientos dentro de la capacidad de recursos e infraestructura	Todas las unidades	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA Región Rectora  
de Salud Central Nort

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – REGION CENTRAL NORTE

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Norte, los componentes del SCI presentan en promedio un cumplimiento entre el 78% y el 100%, que en relación con periodo 2018-2019 incremento 01 punto porcentual el promedio de cumplimiento, pasando de 90% al 91.

De acuerdo con el cuadro No. 100 se puede observar que las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Norte, denotan un incremento en el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno en cinco de ellas, el Área Rectora de Salud de Poás mantiene 99% de cumplimiento; disminuyen las áreas Rectoras de Salud de Grecia, Alajuela 2 y San Rafael-Barva con el mayor descenso pasando de 96% a 75%, en comparación con el periodo 2018-2019.

Para el presente informe no se contó con información de las Áreas Rectoras de Salud de Santo Domingo que contestó en el cuestionario ocho preguntas como No Cumple y una en Cumplimiento Parcial, de estas solo se indican Acciones de Mejora para la pregunta contestada Parcialmente, así como para 02 preguntas que No Cumplen, las restantes seis no presentan Acciones de Mejora, por parte del Área Rectora de Salud

en el Plan de Acción, que se muestra en el Informe de Autoevaluación de Control Interno y no la Guía de Autoevaluación en su respectivo espacio.

La información proporcionada por el Área Rectora de Salud Belén-Flores no proporciona el Plan de Acción para los componentes Actividades de Control y Sistemas de Información.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las 58 acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Norte:

**CUADRO No.98**  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREA RECTORA DE SALUD REGIÓN CENTRAL NORTE, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

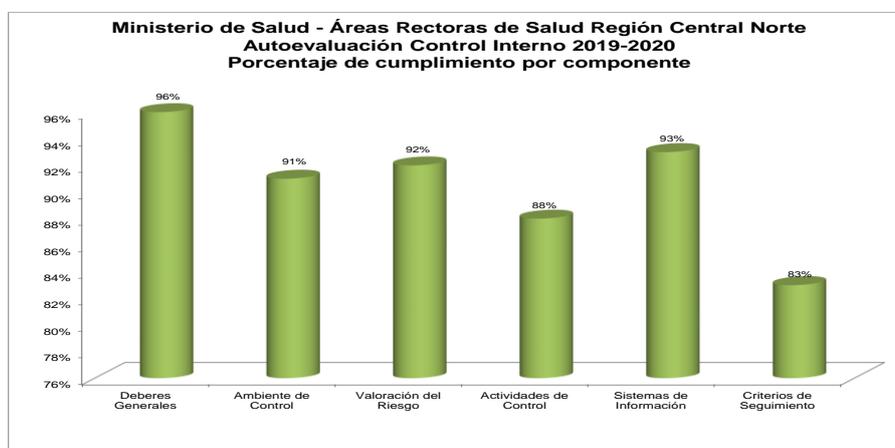
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Atenas	0	0	0	1	0	0	1
Sarapiquí	0	0	0	0	0	0	0
San Pablo-San Isidro	0	3	5	3	0	1	12
Grecia	0	0	0	1	0	1	2
Alajuela 2	0	1	0	1	2	0	4
Belén-Flores	0	0	0	0	0	0	0
Poás	0	0	0	1	0	0	1
San Rafael-Barva	0	1	3	0	1	7	12
Santa Bárbara	1	1	1	0	0	0	3
Alajuela 1	2	4	1	4	5	4	20
Santo Domingo	0	2	0	0	1	0	3
Heredia	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>58</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.99**  
Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI  
Áreas Rectoras Salud Región Central Norte, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	96
Ambiente de Control	91
Valoración del Riesgo	92
Actividades de Control	88
Sistemas de Información	93
Criterios de Seguimiento	83
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

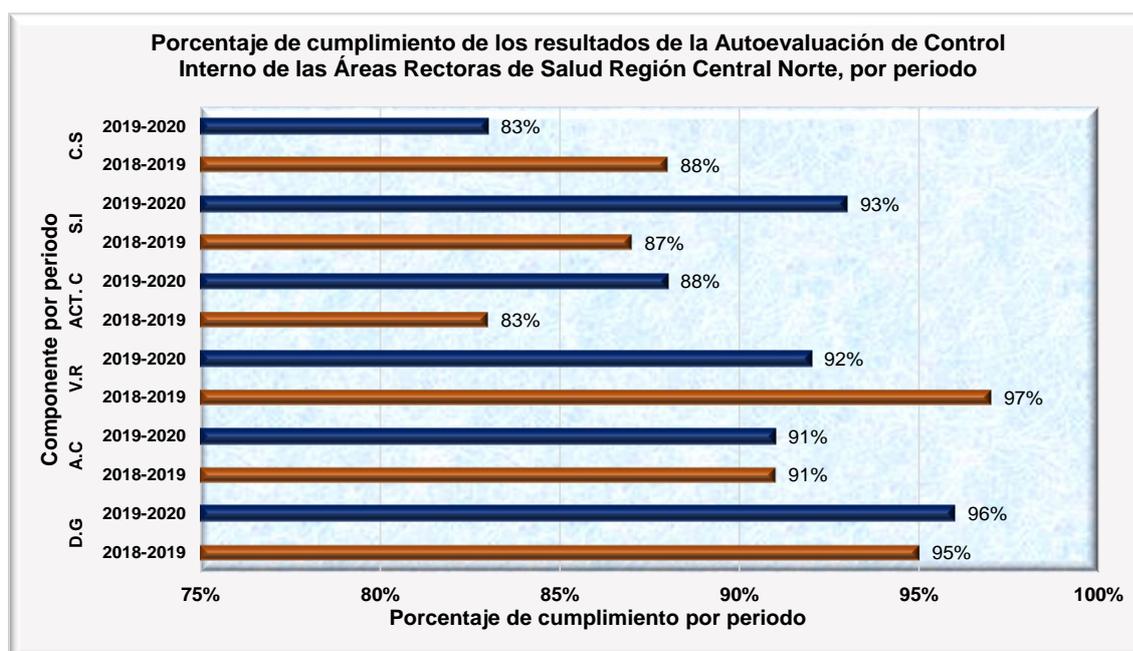


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

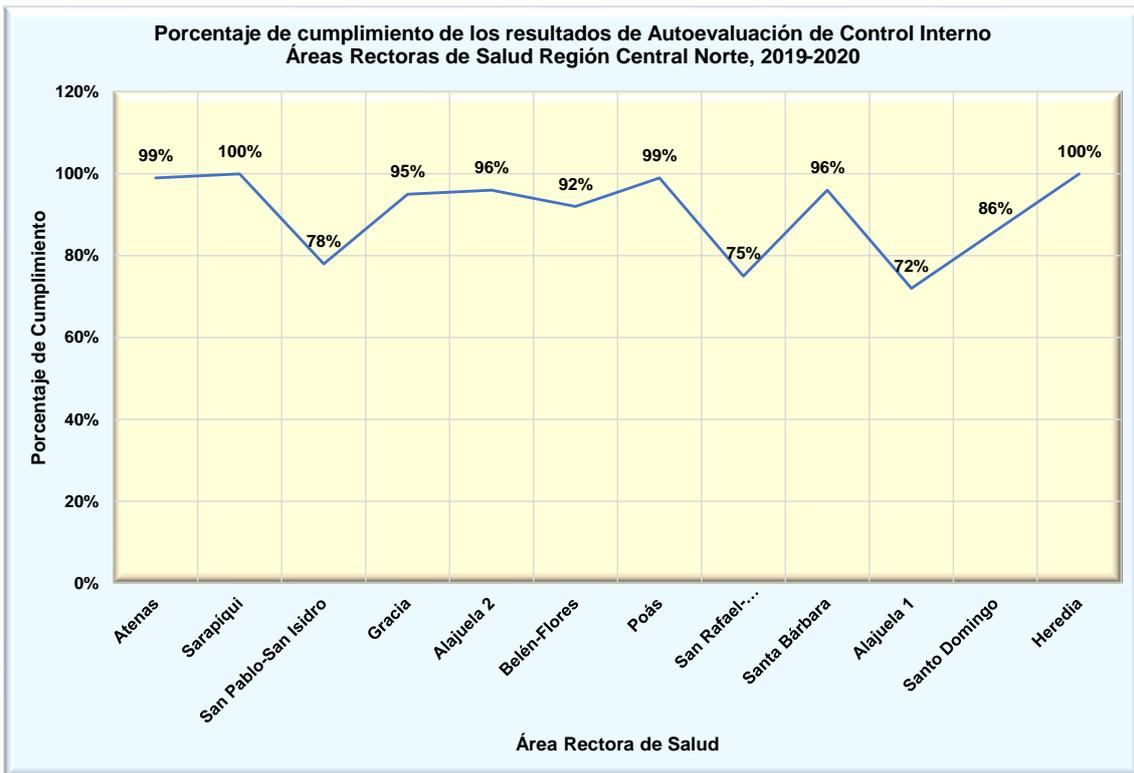
**Cuadro N°.100**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Norte**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Atenas	86	100	85	100	100	100	89	91	91	100	100	100	92	99
Sarapiquí	86	100	85	100	100	100	82	100	100	100	67	100	87	100
San Pablo-San Isidro	100	100	58	77	67	43	45	70	73	100	50	80	66	78
Grecia	100	100	100	100	100	100	91	91	100	100	100	80	99	95
Alajuela 2	100	100	92	92	100	100	91	91	100	90	100	100	97	96
Belén-Flores	100	100	85	100	100	100	82	82	64	70	50	100	80	92
Poás	100	100	100	92	100	100	91	100	100	100	100	100	99	99
San Rafael Barva	100	100	100	92	100	57	91	100	82	100	100	0	96	75
Santa Bárbara	86	83	100	92	100	100	91	100	82	100	83	100	90	96
Alajuela 1	83	67	92	69	100	100	82	73	100	80	100	40	93	72
Santo Domingo	100	100	100	82	100	100	64	55	55	80	100	100	87	86
Heredia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>95%</b>	<b>96%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>97%</b>	<b>92%</b>	<b>83%</b>	<b>88%</b>	<b>87%</b>	<b>93%</b>	<b>88%</b>	<b>83%</b>	<b>90</b>	<b>91</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Norte establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud 2021.



**CUADRO No.101**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Área Rectora de Salud San Pablo San Isidro de Heredia  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dr. José Luis Trigueros Chaves  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** Octubre 2019 a Setiembre 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 21 de octubre, 2020

Meses (porcentajes) internados para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Actividades de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	A1301 Existen pocos espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentación sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	Generar espacios para promover la misión, visión, valores y objetivos institucionales para fortalecer aspectos administrativos de la UO.	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	25%	25%	25%	25%
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	A1310 Existe conocimiento parcial del Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Generar dos espacios para divulgar el Plan Estratégico Institucional vigente	Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez		50%	50%	
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	A1311 Existen espacios limitados para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Generar dos espacios para promover el plan de Ética Institucional, mediante boletines electrónicos.	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez		50%	50%	
Valoración del Riesgo	R1404	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Parcial	R1404 No existe claridad en los lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos	Establecer tres criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	30%	30%	40%	
	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	R1405 La unidad organizativa se le dificulta dar seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Establecer tres criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	30%	30%	40%	
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	R1406 La unidad organizativa con dificultad da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Establecer tres criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	30%	30%	40%	
	R1407	¿La administración de los riesgos sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable?	Parcial	R1407 La administración de los riesgos no siempre sirve de insumo para la toma de decisiones pertinentes para mantener la unidad organizativa en un nivel de riesgo aceptable	Establecer tres criterios para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	30%	30%	40%	
	R1409	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple	R1409 Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos no han sido actualizados para su actualización atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa	Realizar un análisis del portafolio de riesgos para identificar posibles actualizaciones	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez		100%		
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	C1501 No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados	Identificar los procesos con carencia de manuales y elevar las solicitudes correspondientes	Todos los funcionarios	25%	25%	25%	
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	C1505 Existen limitadas actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa	Establecer tres criterios de evaluación para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control	Dr. José Luis Trigueros Chaves Lic. Marvin Rodríguez Gutiérrez	30%	30%	40%	
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades?	Parcial	C1506 Existe poca actualización los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades	Generar un protocolo para la actualización de los controles aplicados en la UO	Todos los funcionarios	25%	25%	25%	
Crterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	S1704 Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa no siempre se utilizan para retroalimentar al personal	Generar un protocolo para la actualización de los controles aplicados en la UO	Todos los funcionarios	25%	25%	25%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.102**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Salud Atenas  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Marjorie Campos Segura  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27 octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	(2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Es importante reforzar los sistemas de control y supervisión para que se mantenga una evaluación favorable.	Fortalecer las acciones de controles de los procesos a través de un sistema de supervisión de ejecución de las acciones, documentado en una herramienta diseñada a nivel local	Dra. Marjorie Campos Segura	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.103**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCION DE AREA RECTORA DE SALUD DE GRECIA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DOCTORA GABRIELA MIRANDA MURILLO  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: SET 2019- OCT 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 22 OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	(2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	No todos los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realizan los procesos	Una vez reanudado el proceso de depuración que se suspendió por la pandemia, se estará participando nuevamente en los centros de trabajo que coordina el nivel central.	Dra. Gabriela Miranda M. Ing. Luis Murillo D				100%
Criterios de Seguimiento	S1701	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del cumplimiento de los productos establecidos en el Plan Operativo Institucional?	Parcial	La unidad organizativa no realizó una revisión trimestral (III) del cumplimiento de los productos establecidos en el Plan Operativo Institucional, porque nivel central mantiene suspendida dicha actividad del tercer trimestre por la pandemia	Se mantiene actualizado el instrumento del POI a la espera de indicaciones, posiblemente el informe anual si se prepare en enero	Dra. Gabriela Miranda M. Ing. Luis Murillo D	100%			

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.104**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Alajuela 2  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dr. Ronald E. Mora Solano  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 22/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	(2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad	Se realizara entrega a cada funcionario por escrito sus respectivas funciones	Dr. Ronald E Mora Solano				
Actividades de Control	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos se traslada cambio de estructuración en la conformación de equipo de archivo y estructuración de los archivos	Dr. Ronald E Mora Solano				
Sistemas de Información	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información	Se realizara compra de disco duro con el fin de unificar los respaldos del área rectora	Dr. Ronald E Mora Solano				
	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Se trabaja en la restructuración de el equipo de trabajo en cuanto a plazar y atrasos producto de enfermedad del COVID.	Dr. Ronald E Mora Solano				

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. No se indican plazos de cumplimiento por parte del Área Rectora de Salud Alajuela 2. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.105**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE POAS  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: FRA. YELI VIQUEZ RODRIGUEZ  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019-SETIEMBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 22 DE OCTUBRE DE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de control	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	A-1311:¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional? DURANTE EL PERIODO NO SE HAN REALIZADO ACTIVIDADES PARA REPASAR EN EQUIPO EL MANUAL DE ETICA INSTITUCIONAL .	REALIZAR UNA SESION DE REPASO DEL MANUAL DE ETICA INSTITUCIONAL DE CARACTER PARTICIPATIVO Y CONSTRUCTIVISTA, CON LA PARTICIPACIÓN DE TODO EL EQUIPO DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA	DRA. YELI VIQUEZ RODRIGUEZ		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.106**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS SANRAFAEL BARVA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Antonieta Acuña Hernández  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: octubre del 2019 a setiembre del 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1302	¿El Director de la unidad organizativa participa a sus colaboradores en la elaboración del Plan Operativo Institucional (POI)?	Parcial	¿El Director de la unidad organizativa participa a sus colaboradores en la elaboración del Plan Operativo Institucional (POI)?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
Valoración del Riesgo	R1404	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Parcial	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	No Cumple	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Generar mecanismos de gestión atinentes a la capacidad resolutoria del área	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.107**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS SANRAFAEL BARVA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Antonieta Acuña Hernández  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: octubre del 2019 a setiembre del 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Ponderación			
							I	II	III	IV
Criterios de Seguimiento	S1701	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del cumplimiento de los productos establecidos en el Plan Operativo Institucional?	Parcial	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del cumplimiento de los productos establecidos en el Plan Operativo Institucional?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1702	¿Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional?	Parcial	¿Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Parcial	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1710	¿Revisa la institución trimestralmente el avance del cumplimiento de los productos?	Parcial	¿Revisa la institución trimestralmente el avance del cumplimiento de los productos?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%
	S1711	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	Parcial	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	Realizar la revisión trimestral del POI	Dirección de Área y Equipo de trabajo	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.108**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Santa Bárbara  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: David Cortés Sánchez  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 26-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Ponderación			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	No se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	A los funcionarios nuevos se procederá a divulgar las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Dr. David Cortés	100%			
Ambiente de Control			Parcial	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Se procederá a divulgar a todos los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Dr. David Cortés	100%			
Valoración del riesgo	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	No Cumple	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	Se solicitará capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI	Dr. David Cortés		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

<p style="text-align: center;">  <b>CUADRO No.109</b>  <b>Ministerio de Salud</b>  <b>Plan Acción de Mejora</b>  <b>Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno</b>  <b>De octubre del 2019 a setiembre del 2020</b>  <b>Área Rectora de Salud Alajuela 1</b>  <b>Dr. Jaime Gutiérrez Rodríguez</b>  <b>2018-2019</b>  <b>27 setiembre 2019</b> </p>										
<b>UNIDAD ORGANIZATIVA:</b> <b>RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</b> <b>PERIODO DE EVALUACIÓN:</b> <b>FECHA DE EVALUACIÓN:</b>										
Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	No Cumple	G001. El Área Rectora ha pasado por un período de transición durante los años 2019-2020. El traslado del enlace del control interno al nivel central y la concentración de todos los esfuerzos en la atención de la emergencia nacional por COVID-19 hizo que durante este periodo no se hubiera definido un nuevo enlace de control interno. Sin embargo, al momento de la elaboración de este informe dicha omisión ya ha sido subsanada.	Designación de enlace de control interno mediante oficio emitido por parte de la Dirección de Área Rectora.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	100%			
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	G006. Si bien el personal del Área conoce las respectivas responsabilidades y sanciones contempladas en la Ley de control interno, recientemente no ha habido un proceso de refrescamiento o divulgación al respecto. Por lo que se considera necesario reforzar este aspecto en el contexto de la incorporación de nuevo personal al Área.	Solicitar al nivel regional un espacio de capacitación-actualización sobre la Ley de Control Interno con personal del Área Rectora de Salud	Dr. Carlos Arguedas Chaverri		100%		
Ambiente de Control	A1302	¿El Director de la unidad organizativa participa a sus colaboradores en la elaboración del Plan Operativo Institucional (POI)?	Parcial	A1302. Si bien en periodos anteriores se ha contado con dichos espacios, este año no se ha facilitado en parte por la concentración del personal en la atención de la emergencia nacional por COVID-19	Divulgar y participar al personal del Área en la elaboración del Plan operativo Institucional	Dr. Carlos Arguedas Chaverri				100%
	A1305	Se aplica en la unidad organizativa el Manual Institucional de Inducción al Puesto de acuerdo a sus indicaciones?	Parcial	A1305. Este año ha contado con la incorporación de nuevo personal al Área Rectora y si bien se ha dado inducción general al puesto, se considera necesario reforzarla en cuanto a la interacción del puesto con otros procesos dentro del Área Rectora. La atención de la emergencia nacional ha limitado tener espacios de inducción al Área propiamente.	Facilitar espacio de encuentro en el que el personal del Área conozca sobre los procesos que se llevan a cabo de manera integral y pueda comprender su aporte al trabajo colectivo y objetivos conjuntos, en coordinación con el nivel regional.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	100%			
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple	A1311. Esta actividad ha sido realizada en periodos anteriores, pero este año en razón de la emergencia nacional no ha sido posible facilitar dichos espacios y considerando la incorporación de nuevo personal al Área es necesario su reforzamiento.	Solicitar al nivel regional una actividad donde se capacite en cuanto al Manual de Ética Institucional	Dr. Carlos Arguedas Chaverri			100%	
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	A1313. Este aspecto necesita reforzamiento, la atención de la emergencia nacional ha dificultado la implementación de este tipo de acciones.	Promover acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
Valoración del Riesgo	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	No Cumple	R1415. Se necesita reforzamiento por parte del nivel central en cuanto a procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI	Solicitar al nivel regional una actualización para el personal del Área Rectora	Dr. Carlos Arguedas Chaverri		100%		

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.110**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**Área Rectora de Salud Alajuela 1**  
**Dr. Jaime Gutiérrez Rodríguez**  
**2018-2019**  
**27 setiembre 2019**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Metas porcentuales trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	C1501. En el proceso de regulación se identifica que hay procedimientos que no están actualizados	Enlistar los procedimientos en los que se detecta desactualización para remitirlos al nivel regional para lo correspondiente.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	C1502. En el proceso de regulación se identifica que hay procedimientos que no son congruentes con las funciones que realiza el proceso	Enlistar los procedimientos en los que se detecta incongruencia con las funciones que realiza el proceso para remitirlos al nivel regional para lo correspondiente.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	C1504. Cuando se facilita espacios de retroalimentación por parte del nivel central, se plantea recomendaciones específicas, lo cual no implica que las propuestas de mejora sean tomadas en cuenta	Remitir vía escrita retroalimentación de aquellos procedimientos en los que se detecta aspectos de mejora.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	C1513	¿Los procedimientos y protocolos institucionales son actualizados de acuerdo a las necesidades del entorno?	Parcial	C1513. Se considera que si bien algunos procedimientos están actualizados, no es así para algunos de ellos.	Enlistar los procedimientos en los que se detecta incongruencia con las funciones que realiza el proceso para remitirlos al nivel regional para lo correspondiente.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	I1603. Se tiene acceso a la información. No obstante, algunas veces existe diferentes versiones sobre un mismo proceso, lo que hace que en ocasiones la información a la que se tiene acceso sea contradictoria o errónea.	Remitir vía escrita al nivel central retroalimentación sobre aquellos procesos en los que se detecta que existen diferentes versiones (en intranet, correo electrónico y otras fuentes)	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	I1610. Si bien se realiza el archivo correspondiente, se considera que a nivel administrativo no existe espacio físico suficiente para almacenar la cantidad de documentación que se genera.	Promover a lo interno del Área Rectora mayor uso de herramientas tecnológicas para respaldar la información de manera digital y no de manera impresa.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	I1612	¿El Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información fue divulgado en todas las unidades organizativas?	No Cumple	I1612. En el periodo evaluado no se dio una divulgación del Plan Estratégico de gestión integral de la información	Solicitar al nivel regional un espacio de divulgación del Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información con el personal del Área Rectora.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri		100%		
	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	No Cumple	I1618. En ocasiones esto no se logra cumplir en razón de consultas que se elevan a nivel central y que al no obtenerse respuesta oportuna se incumple con plazos establecidos para determinados trámites.	Reflejar de manera escrita a nivel central en aquellas ocasiones en que no logra cumplir con los plazos establecidos en razón de no obtener respuesta oportuna ante consultas realizadas.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	I1625	¿Se mantienen actualizados los formularios y protocolos en INTRANET?	No Cumple	I1625. En ocasiones los formularios de procedimientos y protocolos en la INTRANET no corresponden con los vigentes.	Enlistar los procedimientos y protocolos colgados en la intranet y que no corresponden con los vigentes para remitir la inconsistencia de manera escrita al nivel central.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	No Cumple	S1703. Durante el periodo evaluado esto no fue posible una revisión trimestral del Plan de mejora en el tanto no se tenía definido un enlace de control interno y la atención de la emergencia nacional por COVID-19 obligó restar prioridad a este tipo de seguimientos.	Realizar durante el 2021 una revisión trimestral del Plan de Mejoras para verificar el avance de su cumplimiento.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	No Cumple	S1704. Durante el periodo evaluado no fue posible retroalimentar al personal con base en los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones, en el tanto no se tenía definido un enlace de control interno y la atención de la emergencia nacional por COVID-19 obligó restar prioridad a este tipo de seguimientos.	Realizar durante el 2021 una retroalimentación trimestral al personal con base en el seguimiento al cumplimiento de acciones del Plan de Mejoras.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	No Cumple	S1705. Durante el periodo evaluado esto no fue posible que los resultados del control gerencial y del Plan de mejora se utilizaran para realizar mejoras a la gestión de la unidad, en el tanto no se tenía definido un enlace de control interno y la atención de la emergencia nacional por COVID-19 obligó restar prioridad a este tipo de seguimientos.	Utilizar durante el 2021 los resultados del control gerencial y del Plan de mejora para enriquecer la gestión del Área Rectora	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	25%	25%	25%	25%
	S1711	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	No Cumple	S1711. Durante el periodo evaluado no se recibió retroalimentación trimestral por parte de la institución en cuanto al cumplimiento de metas.	Reflejar este incumplimiento al nivel central a efectos de que sea subsanado durante el 2021.	Dr. Carlos Arguedas Chaverri	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.111**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS Santo Domingo  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Kimberly Madrigal  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Escala de cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	No Cumple	A1307 ¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Entregar mediante oficio a cada uno de los funcionarios de la unidad organizativa, las funciones y responsabilidades de los procesos a su cargo					
	A1308	¿Se cumple en la unidad organizativa los lineamientos de administración del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación?	Parcial	A1308 ¿Se cumple en la unidad organizativa los lineamientos de administración del recurso humano en cuanto a acciones disciplinarias y su correspondiente reglamentación?	Comunicar a los funcionarios de la unidad organizativa, cualquier lineamiento, protocolo, o normativa que sea creada y/o modificada.					
Sistemas de Información	I1612	¿El Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información fue divulgado en todas las unidades organizativas?	No Cumple	I1612 ¿El Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información fue divulgado en todas las unidades organizativas?	Destinar un espacio de tiempo en una de las Reuniones de Equipo de Gestión Local para que se realice el abordaje del Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información, con el objetivo de que esta sea conocida por los nuevos funcionarios, al tiempo que se realice un reforzamiento de la misma en los funcionarios presentes.					

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF*



GA Área Rectora  
Salud Santa Bárbara.pdf



GA Área Rectora  
Salud San Rafael Barv



GA ÁREA RECTORA  
SALUD POÁS.pdf



GA Área Rectora  
Salud Grecia.pdf



GA Área Rectora  
Salud Belén Flores.pdf



GA Área Rectora  
Salud Atenas.pdf



GA Área Rectora  
Salud Alajuela 2.pdf



GA Área Rectora  
Salud San Pablo-San



GA Área Rectora  
Salud Sarapiquí.pdf



GA Área Rectora  
Salud Alajuela 1.pdf



GA Área Rectora  
Salud Heredia.pdf



GA Área Rectora  
Salud Santo Domingo



Informe  
Autoevaluación de Co

## REGION BRUNCA

### Sede Regional:

La información proporcionada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo, Sistemas de Información y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento; para el componente Actividades de Control el cumplimiento es del 91%, y Deberes Generales

para el periodo 2019-2020 con el menor rendimiento, en comparación con el periodo anterior decreció 50 puntos porcentuales.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la Sede Regional se ubica en un 90% de cumplimiento, disminuyendo en comparación con el periodo 2018-2019 en 10 puntos porcentuales.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la información anterior y de las cuatro acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

CUADRO No. 112  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL DIRECCIÓN REGIONAL RECTORÍA EN SALUD BRUNCA, PERIODO 2019-2020

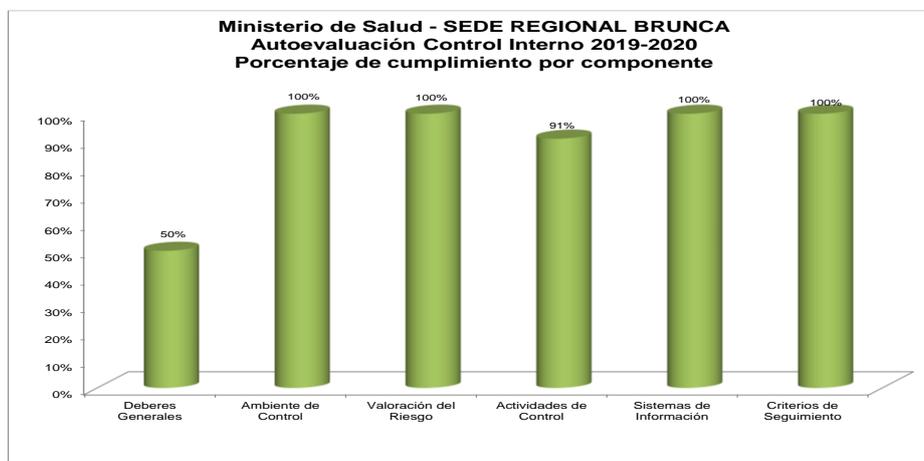
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	3	0	0	0	3
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	1	0	0	0	1
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA TRIMESTRE</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.113  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: DRRSB, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	50
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>90%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

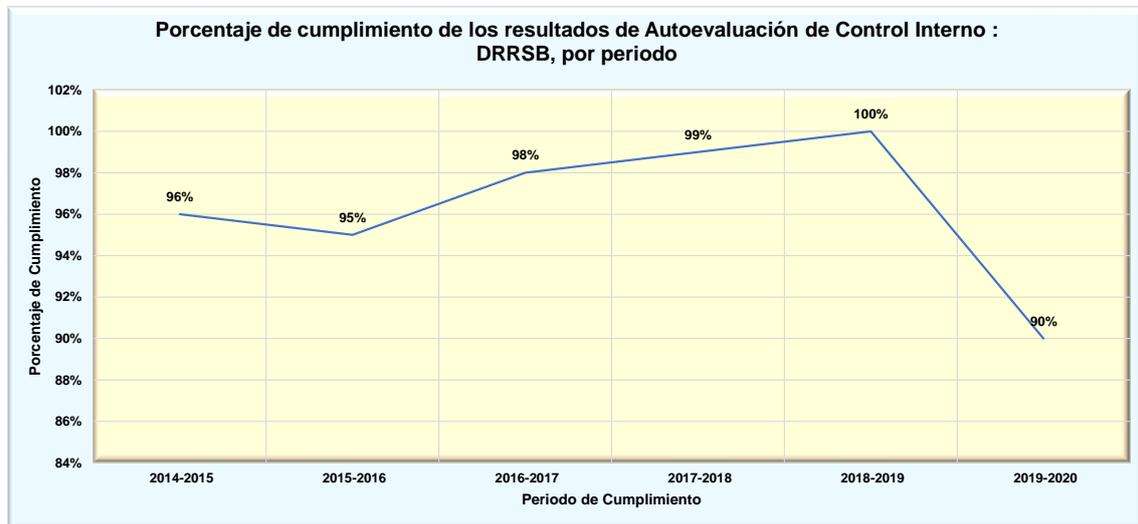


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.114**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno Unidad Organizativa: DRRSB**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	86	100	100	100	50
Ambiente de Control	100	100	100	92	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	92	92	100	100	100	91
Sistemas de Información	82	92	91	100	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>95%</b>	<b>98%</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>	<b>90%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSB estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**CUADRO No.115**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dr. Cristian Valverde Alpizar  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** 2019 - 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 26 Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meses (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G002	¿Se divulga a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones?	Parcial	Actualmente existe un compendio digital el cual no ha sido divulgado a la totalidad de los funcionarios de la Sede Regional.	Se va a responsabilizar a las personas encargadas de actualizar y subir las normativas que cada jefatura considere necesario en el compendio de normativa, esto se hará por medio de oficio de la DRRR	Dr. Christian Valverde	X			
	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	Actualmente existe un compendio digital el cual no ha sido divulgado a la totalidad de los funcionarios de la Sede Regional.	Se va a responsabilizar a las personas encargadas de actualizar y subir las normativas que cada jefatura considere necesario en el compendio de normativa, esto se hará por medio de oficio de la DRRR	Dr. Christian Valverde	X			
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	No se han divulgado a nivel de Sede Regional, las responsabilidades y sanciones del artículo 41 de LGCI	Divulgar por medio digitales los alcances y sanciones del artículo 41 de la LGCI	Lic. Marco Navarro Fonseca	X			
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	No Cumple	No todos los manuales de procedimientos son congruentes con las funciones. Algunos no se ajustan a las herramientas tecnológicas con las que se cuentan en la institución, para ejercer un mejor control interno	Presentar solicitud formal para la revisión de los manuales de procedimiento para que se ajusten a la realidad	Dr. Christian Valverde	X			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:*



GA Dirección  
Regional de Rectoría

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – REGION BRUNCA

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca, los componentes del SCI presentan en promedio un cumplimiento entre el 78% y el 100%, que en relación con periodo 2018-2019 decreció en dos puntos porcentuales el promedio de cumplimiento, pasando de 93% al 91%.

De acuerdo con el cuadro N°.118 se puede observar que en su mayoría las Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca, muestran un mantenimiento en el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno, a diferencia del Área Rectora de Salud de Osa que decreció en diez puntos porcentuales en comparación con el periodo 2018-2019.

En el presente documento no se cuenta con información del Área Rectora de Salud de Corredores.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de las 28 acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Brunca:

CUADRO No.116  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREA RECTORA DE SALUD REGIÓN BRUNCA, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

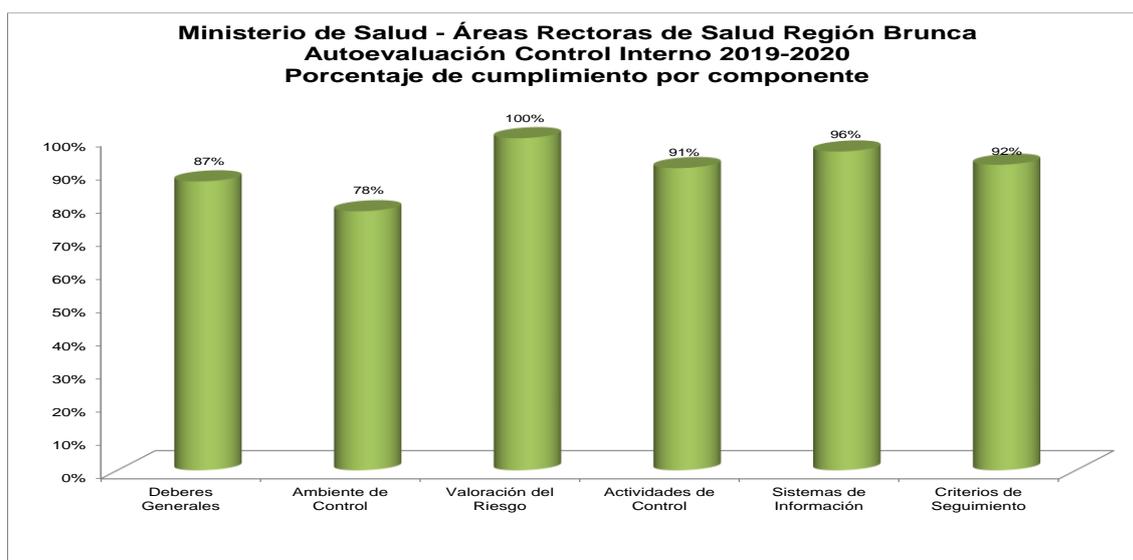
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Buenos Aires	1	2	0	2	0	2	7
Golfito	1	4	0	0	2	0	7
Pérez Zeledón	0	1	0	1	0	0	2
Coto Brus	0	3	0	0	0	1	4
Osa	2	4	0	2	0	0	8
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>28</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.117  
Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI  
Áreas Rectoras Salud Región Brunca, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	87
Ambiente de Control	78
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	96
Criterios de Seguimiento	92
<b>TOTAL</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

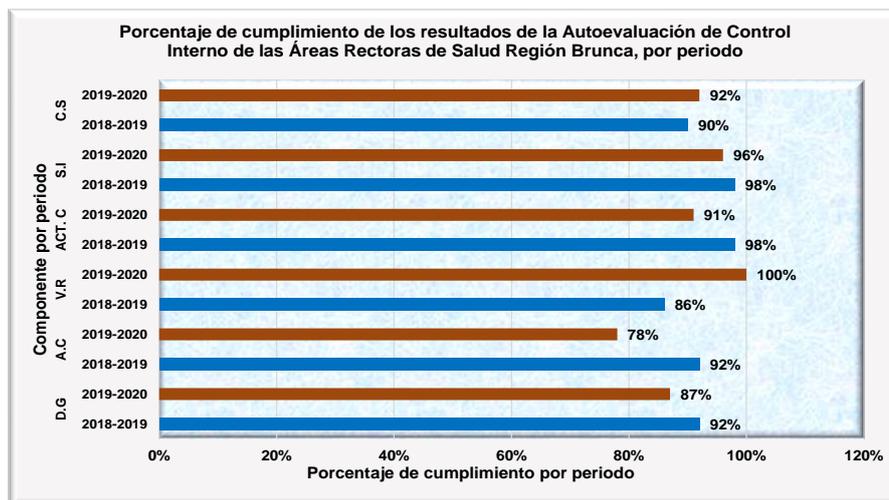


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

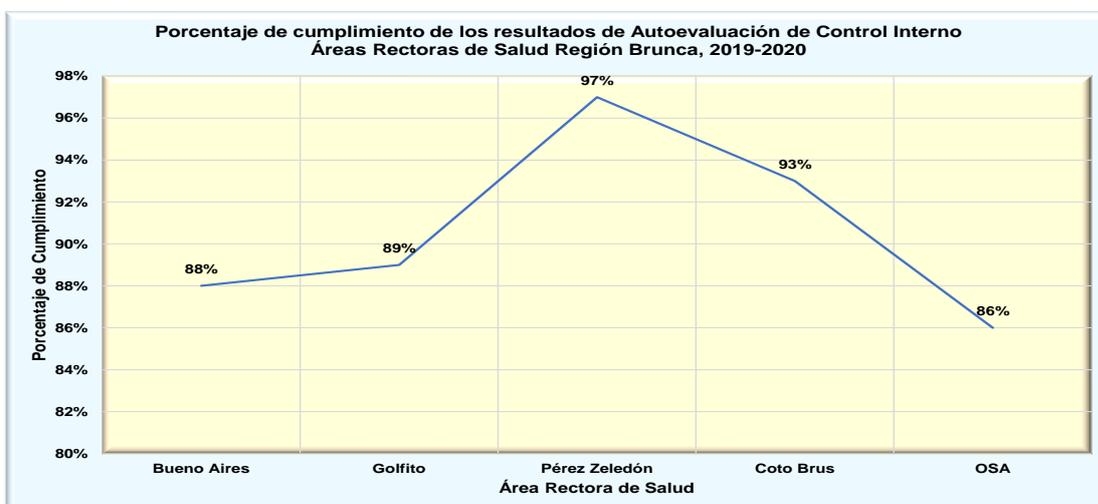
**Cuadro N°.118**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Brunca**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del Riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Buenos Aires	86	83	100	85	43	100	100	82	100	100	83	80	85	88
Golfito	100	83	92	69	86	100	90	100	91	80	83	100	90	89
Pérez Zeledón	100	100	100	92	100	100	100	91	100	100	100	100	100	97
Coto Brus	86	100	77	77	100	100	100	100	100	100	83	80	91	93
Osa	86	67	92	69	100	100	100	82	100	100	100	100	96	86
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>92</b>	<b>87</b>	<b>92</b>	<b>78</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>91</b>	<b>98</b>	<b>96</b>	<b>90</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>91</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud para el año 2021.



**CUADRO No.119**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

**ARS BUENOS AIRES**  
**DR. RANDALL BEJARANO CAMPOS**  
**OCTUBRE 2019 - SETIEMBRE 2020**  
**26 OCTUBRE 2020**

Metas (porcentuales) e iniciativas para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) e iniciativas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	No se ha divulgado a los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.	Gestionar con el Nivel Regional para que se realice una presentación sobre responsabilidades y sanciones	Randall Bejarano Campos		x		
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	No se ha podido promover la visión, misión, valores y objetivos institucionales durante el último periodo.	Exponer en un CGARSBA la visión, misión, valores y objetivos institucionales	Randall Bejarano Campos			x	
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	No todos los funcionarios conocen el PEI	Enviar por correo electrónico y promover la lectura del PEI vigente en los funcionarios del ARSBA	Randall Bejarano Campos		x		
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados.	Solicitar a Nivel Regional la actualización de los manuales de procedimientos físicos o digitales	Randall Bejarano Campos			x	
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	No siempre los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso	Realizar observaciones y solicitar la revisión de los manuales de procedimientos existentes para que sean congruentes con las funciones que realiza el proceso.	Randall Bejarano Campos			x	
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	No siempre se utilizan los resultados del cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa para retroalimentar al personal.	Incluir dentro de la agenda del CGARS la devolución de los resultados del reporte trimestral del POI	Randall Bejarano Campos	x	x	x	x
	S1711	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	Parcial	No siempre se realiza retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento.	Incluir dentro de la agenda del CGARS la devolución de los resultados del reporte trimestral del POI	Randall Bejarano Campos	x	x	x	x

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.120**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

**ARS PEREZ ZELEDON**  
**DR. CHRISTIAN VALVERDE ALPÍZAR**  
**OCTUBRE 2019 - SETIEMBRE 2020**  
**27 OCTUBRE 2020**

Metas (porcentuales) e iniciativas para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) e iniciativas para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	Durante este periodo de evaluación, no se ha divulgado el PEI	Solicitar que en el próximo CGL se retome el tema del PEI	Dr. Gustavo Rodríguez Herrera y Leda Cristina Orozco Blanco		x		
Actividades de Control	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	No en todos los procesos se proponen mejoras a los procedimientos y protocolos, aunque si se revisan conforme las necesidades	Tomar en consideración a los demás procesos para las propuestas y observaciones de mejora en los procedimientos y protocolos según necesidad	Dr. Gustavo Rodríguez Herrera		x		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.121**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** ARS GOLFITO  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** DR FERNANDO MATA CASTRO  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** SETIEMBRE 2019 OCTUBRE 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 26 DE OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Mesa (porcentajes) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jerarca y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)	Se debe actualizar la carpeta compartida con el compendio de normativa más recientes y socializar con los funcionarios	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	Se debe fomentar la creación de espacios presenciales y virtuales como los Consejos de Gestión u otras reuniones de la U.O para trabajar la misión, visión y valores institucionales	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	No Cumple	Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad	Se deberá refrescar el manual de puesto de cada funcionario y compartirlo con los mismos vía correo electrónico	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional	Sociabilizar por correo electrónico con los miembros de la Unidad Organizativa las métricas para su debido conocimiento y oportunidades de mejora	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Se sociabilizó por correo electrónico el manual de ética, sin embargo no se han promovido los espacios para su estudio. Se buscara el espacio en los Consejos de Gestión u en otra reunión del U.O ya sea virtual o presencial	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?.	Parcial	Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos	Los TIC constantemente fallan o se vuelven lentos, generando dificultades de acceso oportuno a la información. Por lo anterior en aquellos casos donde el acceso a las TIC se dificulten se darán las directrices por impreso	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%
	I1604	¿Dispone cada funcionario de la unidad organizativa de acceso al correo electrónico institucional?	Parcial	Dispone cada funcionario de la unidad organizativa de acceso al correo electrónico institucional	Todos los funcionarios tienen correo electrónico, pero no todos tienen acceso a computadora, por lo que en ocasiones se darán de forma física los comunicados o demás que se generen por ese medio.	Fernando Mata Castro	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.122**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD COTO BRUS  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRA. HAZEL VARGAS VÁSQUEZ  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 26 OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Indicador			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	Realizar un taller para promover misión, visión, valores, objetivos institucionales en la UO	Dra. Hazel Vargas Vásquez		100%		
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Divulgar el PEI vigente al año 2021	Dra. Hazel Vargas Vásquez				100%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple	El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Realizar una sesión de trabajo para promover el Manual de Ética Institucional	Dra. Hazel Vargas Vásquez			100%	
Criterio de Seguimiento	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	No Cumple	Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad	Realizar dos sesiones de retroalimentación de resultados de control gerencial y PMCI	Dra. Hazel Vargas Vásquez		50%		50%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.123**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS OSA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR CHRISTIAN VALVERDE ALPIZAR  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019 - SETIEMBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 27 OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Indicador			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G002	¿Se divulga a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jierarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones?	Parcial	Si existe el compendio digital de normativa y directrices, el cual se mantiene en la red sin embargo; por cuestiones técnicas se desvinculó de las diferentes computadoras de los funcionarios, por lo que hay que revisar su actualización y se debe socializar e implementar algún otro mecanismo para poder acceder a esta herramienta.	Actualizar el compendio e implementar la divulgación de la información en la nube	Dr. Chrstian Valverde Alpizar, Licda. Grettel Cervantes Vargas		X		
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	Durante el periodo de evaluación actual, no se han tocado temas de Control Interno, ni del Art. 41 de esta ley.	Solicitar al nivel regional, un taller sobre el tema de la Ley de Control Interno, ampliando el artículo 41	Dr. Chrstian Valverde Alpizar, Licda. Grettel Cervantes Vargas		X		
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	No Cumple	Durante este periodo no se han promovido este tipo de actividades	Solicitar espacios para la promoción de los valores institucionales y otros	Dr. Chrstian Valverde Alpizar		X		
	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	Durante este periodo de evaluación no se han realizado acciones que promuevan el programa de gestión ambiental institucional	Implementar acciones acordes al programa y la Política de Gestión Ambiental	Dr. Chrstian Valverde Alpizar		X		
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple	Durante este periodo no se han desarrollados espacios sobre este tema de Ética	Solicitar espacios para el desarrollo del tema de Ética y su respectivo manual	Dr. Chrstian Valverde Alpizar		X		
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	No Cumple	No se ha realizado ninguna acción sobre el tema de clima organizacional	Promover espacios para el desarrollo del clima organizacional	Dr. Chrstian Valverde Alpizar		X		
Actividades de Control	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	No todos los procesos han realizado esta revisión de instrumentos de control	Todos los procesos deberán realizar una revisión de los instrumentos de control, con el fin de propiciar su mejoramiento	Dr. Chrstian Valverde Alpizar		X		
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades ?	Parcial	No todos los procesos han realizado esta revisión de instrumentos de control para su actualización	Todos los procesos deberán realizar una revisión de los instrumentos de control, con el fin de propiciar su actualización	Dr. Chrstian Valverde Alpizar				

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF



GA Área Rectora  
Salud Osa.pdf



GA Área Rectora  
Salud Golfito.pdf



GA Área Rectora  
Salud Coto Brus.pdf



GA Área Rectora  
Salud Buenos Aires.pc



GA Área Rectora  
Salud Perez Zeledón.p

## REGION HUETAR CARIBE

### Sede Regional:

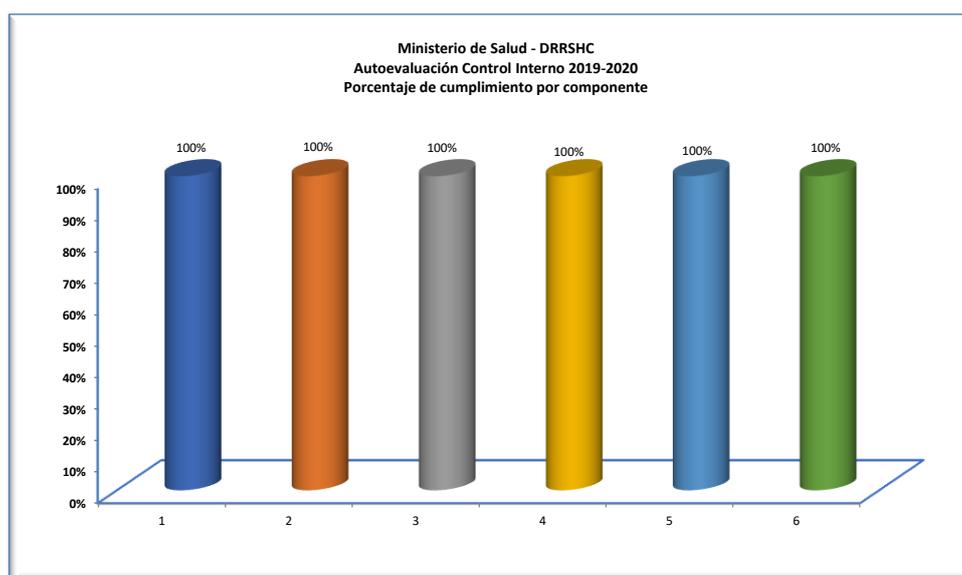
La información proporcionada por Sede Regional Huetar Caribe en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta 100% de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la Sede Regional Huetar Caribe se ubica en un 100% de cumplimiento en comparación con el periodo 2017-2018, último dato contabilizado se mantiene en 100% de cumplimiento.

**Cuadro N°.124**  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: DRRSHC, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	100
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

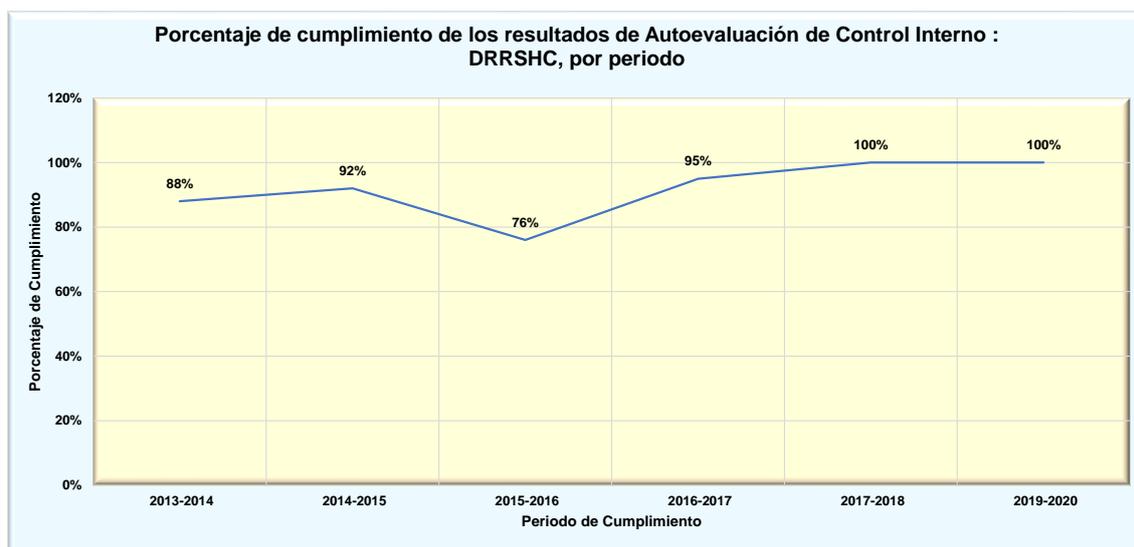


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.125**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Organizativa: DRRSHC**

Componente	Cumplimiento 2013-2014	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	57	86	100	100	100	100
Ambiente de Control	100	83	75	100	100	100
Valoración del Riesgo	92	92	86	86	100	100
Actividades de Control	77	92	60	82	100	100
Sistemas de Información	100	100	100	100	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	33	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>	<b>92%</b>	<b>76%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La DRRSHC al presentar un cumplimiento del 100% en los componentes del SCI, no establece un plan de mejora para el año 2021.

*La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:*



GA Dirección  
Regional de Rectoría

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – HUETAR CARIBE

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Huetar Caribe, los componentes del SCI presentan en promedio un cumplimiento entre el 93% y el 100%, que en relación con periodo 2018-2019 decreció en un punto porcentual el promedio de cumplimiento, pasando de 98% al 97%.

De acuerdo con el cuadro N°.128 se puede observar que en su mayoría las Áreas Rectoras de Salud de la Región Huetar Caribe, muestran parámetros similares de cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno, a diferencia del Área Rectora de Salud de Pococí que no proporcionó información en el periodo 2018-2019.

En el presente documento no se cuenta con información del Área Rectora de Salud de Corredores.

En las siguientes imágenes se muestra la información anterior y el detalle de las 20 acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Huetar Caribe:

CUADRO No.126  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREA RECTORA DE SALUD REGIÓN HUETAR CARIBE, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

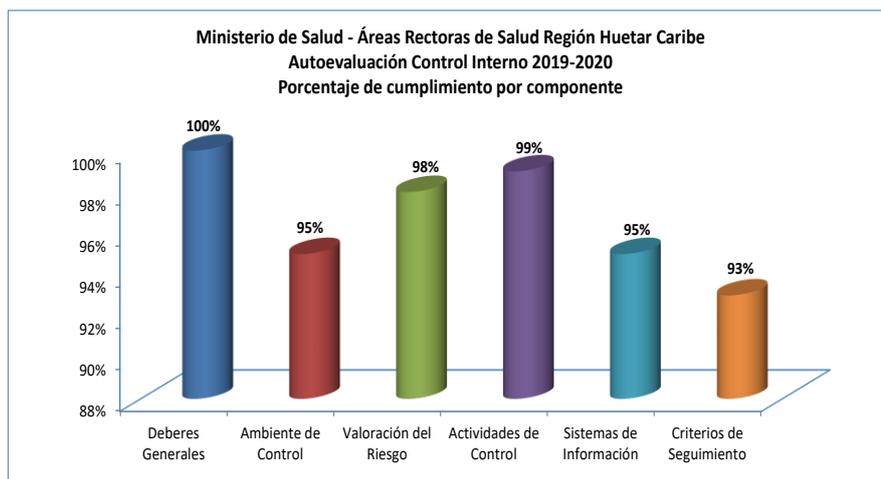
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Guacimo	0	0	0	0	0	0	0
Limón	0	0	0	1	0	0	1
Siquirres	0	2	0	0	0	1	3
Talamanca	0	0	0	1	0	0	1
Matina	0	1	1	0	0	0	2
Pococí	0	2	3	1	6	1	13
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>20</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.127  
Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI  
Áreas Rectoras Salud Región Huetar Caribe, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	95
Valoración del Riesgo	98
Actividades de Control	99
Sistemas de Información	95
Criterios de Seguimiento	93
<b>TOTAL</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

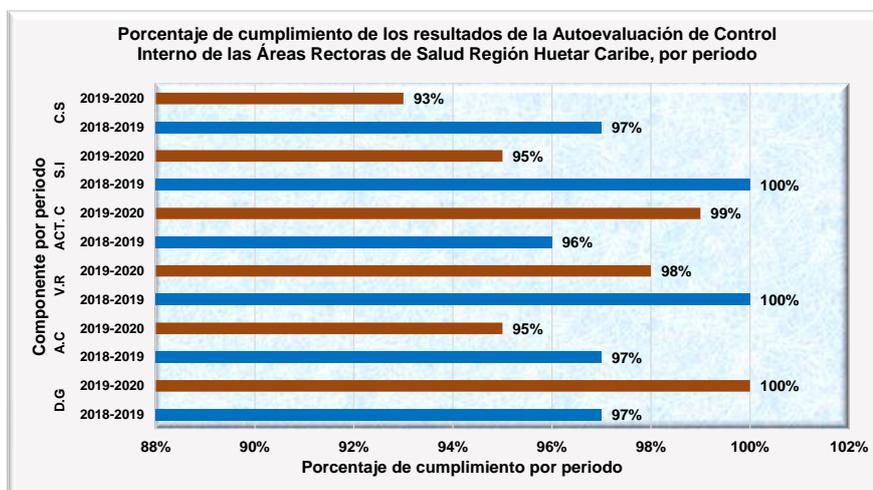


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

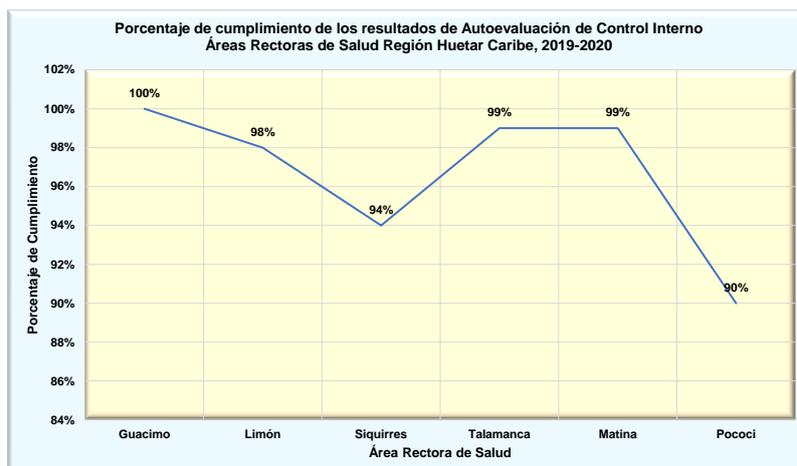
**Cuadro N°.128**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Huetar Caribe**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del Riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
<b>Guácimo</b>	100	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100	100	<b>99</b>	<b>100</b>
<b>Limón</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	<b>100</b>	<b>98</b>
<b>Siquirres</b>	100	100	92	85	100	100	100	100	100	100	83	80	<b>96</b>	<b>94</b>
<b>Talamanca</b>	100	100	100	100	100	100	91	91	100	100	100	100	<b>99</b>	<b>99</b>
<b>Matina</b>	86	100	92	92	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>96</b>	<b>99</b>
<b>Pococí</b>	0	100	0	92	0	89	0	100	0	80	0	80	<b>0</b>	<b>90</b>
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>	<b>95%</b>	<b>97%</b>	<b>93%</b>	<b>98%</b>	<b>97%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Huetar Caribe establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud para el año 2021.



**CUADRO No.129**  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD DE LIMÓN  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: GUISELLE LUCAS BOLIVAR  
PERIODO DE EVALUACIÓN: DE SETIEMBRE del 2019 a OCTUBRE del 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 14-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de Cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Sistemas de Información	I1604	¿Dispone cada funcionario de la unidad organizativa de acceso al correo electrónico institucional?	Parcial	¿Dispone cada funcionario de la unidad organizativa de acceso al correo electrónico institucional?	Solicitud de dotación de más equipos de computo según necesidad	Dra Lucas	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.130**  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD TALAMANCA  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: JENNIFER JONES VILLIERS  
PERIODO DE EVALUACIÓN: De octubre del 2019 a octubre del 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 23-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de Cumplimiento (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial	¿Se verifica en la unidad organizativa el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Realizar al menos una sesión de verificación de cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucionales por equipo de trabajo	Dra. Jennifer Jones Villiers	x	x	x	x

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.131**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD SIQUIRRRES  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: GEOVANNY BONILLA BOLAÑOS  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: DE OCTUBRE del 2019 a OCTUBRE del 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 23-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento obtenido para cada uno de los meses			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1306	¿Se realiza el proceso de Gestión del Desempeño según la guía de aplicación establecida?	Parcial	Se implementa la evaluación de desempeño, sin embargo, no se ha dado seguimiento semestral.	Programar seguimiento a la EDD durante la II quincena de Julio 2021	Geovanny Bonilla Bolaños		50%		50%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	Debido a la pandemia COVID 19, las actividades que impliquen reunión de grupos se han visto suspendidas.	Implementar metodologías virtuales para brindar los espacios de socialización	Geovanny Bonilla Bolaños Rose Mary Hidalgo Ríos	0,25	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	No se han socializado los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones para retroalimentar al personal	Socializar de manera digital los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones	Dirección	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.132**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD MATINA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR. ALEXANDER SALAS LOPEZ  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 05-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento obtenido para cada uno de los meses			
							I	II	III	IV
Ambiente de control	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	No Cumple	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Realizar el seguimiento y cumplimiento de los acuerdos de compromisos y resultados de gestión.	Dirección	0	0%	0%	100%
Valoración del Riesgo	R1414	¿Se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las actividades de control del riesgo?	No Cumple	¿Se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las medidas minimizadoras del riesgo?	Elaboración de oficio a Nivel Regional solicitando instrumento de medición de eficacia de medidas minimizadoras	Dirección	0	0%	100%	0%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.133  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora

Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD POCCO  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: KAREN MAYORGA QUIROS  
PERIODO DE EVALUACIÓN: De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 30-09-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1312	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	No Cumple	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Solicitar al nivel superior interponer sus buenos oficios para que se socialice el manual de ética institucional vigente.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	A1319	¿Cuenta la institución con un Manual de Ética divulgado a todo el personal?	No Cumple	¿Cuenta la institución con un Manual de Ética divulgado a todo el personal?	Solicitar al nivel superior interponer sus buenos oficios para que se socialice el manual de ética institucional vigente.	Karen Mayorga Quirós	100%			
Valoración del Riesgo	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	No Cumple	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Indicar al nivel superior que no es posible medir la eficacia de las medidas minimizadoras de riesgo por cuanto se carece de una herramienta oficial para tal fin...	Karen Mayorga Quirós	100%			
	R1414	¿Se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las actividades de control del riesgo?	No Cumple	¿Se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las actividades de control del riesgo?	Solicitar al nivel superior interponer sus buenos oficios para que se dote a la unidad organizativa de la herramienta correspondiente para realizar la medición.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	No Cumple	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	Solicitar al nivel superior se realicen actividades periódicas en el tema.	Karen Mayorga Quirós	100%			
Actividades de Control	C1512	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	Parcial	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	Oficio a nivel regional informando sobre la no conformidad con relación a SERSA	Karen Mayorga Quirós	100%			
Sistemas de Información	I1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	No Cumple	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Solicitar al nivel superior dichas normas para su socialización.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	No Cumple	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Indicar al nivel superior mediante oficio que SERSA no es funcional al día de hoy en su totalidad	Karen Mayorga Quirós	100%			
	I1611	¿Existe un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información?	No Cumple	¿Existe un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información?	Solicitar al nivel superior el Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información y la respectiva socialización.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	I1612	¿El Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información fue divulgado en todas las unidades organizativas?	No Cumple	¿El Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información fue divulgado en todas las unidades organizativas?	Solicitar al nivel superior el Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información y la respectiva socialización.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	I1616	¿Se han divulgado a todos los funcionarios, las normas institucionales sobre el uso del correo electrónico?	No Cumple	¿Se han divulgado a todos los funcionarios, las normas institucionales sobre el uso del correo electrónico?	Solicitar al nivel superior la norma para socializar en la unidad organizativa.	Karen Mayorga Quirós	100%			
	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Reorganización interna para brindar apoyo al equipo de atención al cliente para la fluidez de la gestión de trámites.	Karen Mayorga Quirós	100%			
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	No Cumple	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Establecer mecanismo de socialización a través del correo electrónico institucional a todos los colaboradores, dado que por situación de emergencia sanitaria no es posible realizar reuniones con la totalidad del personal, por cuestiones de distanciamiento y espacio físico.	Karen Mayorga Quirós	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF



GA Área Rectora  
Salud Siquirres.pdf



GA Área Rectora  
Salud Pococi.pdf



GA Área Rectora  
Salud Matina.pdf



GA Área Rectora  
Salud Limón.pdf



GA Área Rectora  
Salud Guacimo.pdf



GA Área Rectora  
Salud Talamanca.pdf

## REGIÓN CENTRAL SUR

### Sede Regional:

La información suministrada por Sede Regional Central Sur en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI Deberes Generales 67%, Ambiente de Control 75%, Valoración del Riesgo 88%, Actividades de Control 82% (Mayor nivel), Sistemas de Información 80% y Criterios de Seguimiento indica el menor nivel de cumplimiento con un 60%, pero en comparación con el periodo anterior su incremento es sustancial pasando de 33% al 60%.

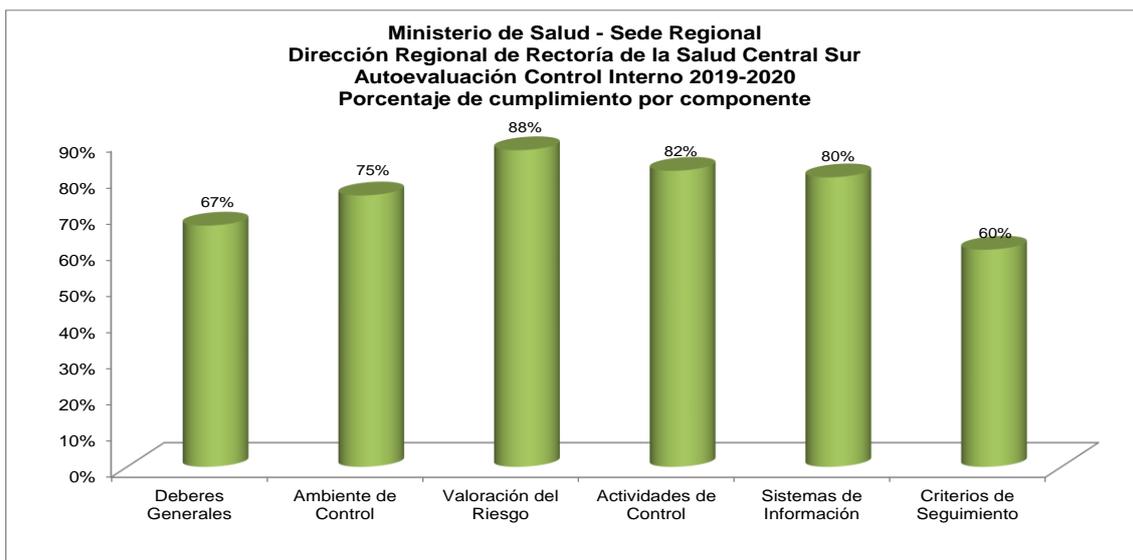
En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 75% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 en once puntos porcentuales, que denota el esfuerzo por mejorar el cumplimiento de los componentes del SCI.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la información anterior y de las dieciséis acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

**Cuadro N°.134**  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: DRRCS, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	67
Ambiente de Control	75
Valoración del Riesgo	88
Actividades de Control	82
Sistemas de Información	80
Criterios de Seguimiento	60
<b>TOAL</b>	<b>75%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

CUADRO No. 135  
 ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACION TRIMESTRAL DIRECCION REGIONAL RECTORIA EN SALUD CENTRAL SUR, PERIODO 2019-2020

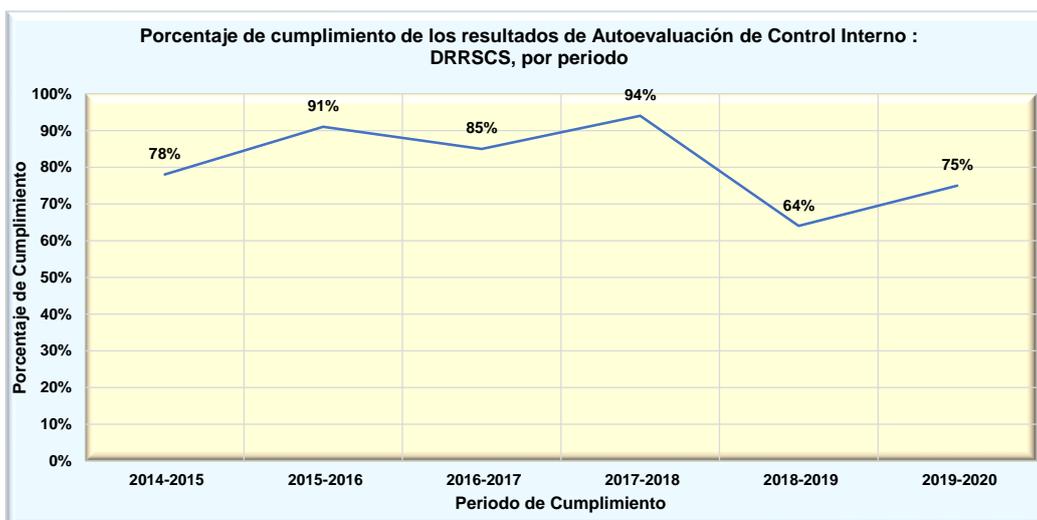
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	1	1	0	1	3
AMBIENTE DE CONTROL	1	0	4	1	6
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	1	1
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	2	2
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	1	0	0	1	2
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	2	2
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA TRIMESTRE</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.136**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control de la Dirección Regional Rectoría en Salud Central Sur, periodo 2019-2020**

Componente	Cumplimiento 2013-2014	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	71	100	100	100	57	67
Ambiente de Control	67	100	83	92	77	75
Valoración del Riesgo	75	83	86	100	44	88
Actividades de Control	85	85	73	73	91	82
Sistemas de Información	67	75	82	100	82	80
Criterios de Seguimiento	100	100	83	100	33	60
<b>TOTAL</b>	<b>78%</b>	<b>91%</b>	<b>85%</b>	<b>94%</b>	<b>64%</b>	<b>75%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSCS estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**CUADRO No.137**  
**Ministerio de Salud**  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur-Sede Regional  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dr. Guillermo Flores Galindo  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** Octubre 2019 a setiembre 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 19 de octubre de 2020

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV	
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Parcial	G001: Ante los cambios de personal se requiere la comunicación del enlace de control interno a las Unidades Organizativas	Realizar oficio a las Áreas Rectoras de Salud y Unidades Organizativas de la Sede, indicando las responsabilidades del encargado de Control Interno y el Enlace de CI	Dr. Guillermo Flores Galindo MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	100%				
	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	G006: Esta acción se realiza de manera anual y al personal de nuevo ingreso.	Se realizará recordatorio de los alcances del artículo 41 de la LGCI tanto a las Áreas Rectoras de Salud como a las Unidades Organizativas de la Sede Deberá realizar un oficio a los funcionarios de nuevo ingreso sobre el alcance del artículo citado.	Dr. Guillermo Flores Galindo MBA. Jorge Rivas Campos		100%			
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	A1301: Debido a la pandemia los espacios para promover los valores, la visión y la misión se vieron limitados, dado que no se pueden realizar actividades que impliquen concentración de personas. Además el personal se encuentra enfocado en la atención de la emergencia.	Las jefaturas de las Unidades Organizativas, facilitarán espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa. Se utilizarán medios virtuales para difundir la información mediante reuniones virtuales, correos electrónicos, etc.	MBA. Jorge Rivas Campos MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano Dr. Guillermo Flores Galindo Dra. Karla Obando Mata			50%	50%	
					MSc. Celia Jiménez Villegas			50%	50%		
	A1303	¿Se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)	Parcial	A1303: Se estableció la "Norma Técnica Nacional: Lineamiento Para La Conformación de Expedientes Administrativos" publicada en la gaceta #165 del 8 de julio del 2020, la misma que no se encuentra alineada con los procedimientos actuales.	Realizar oficio para solicitar a los niveles superiores la modificación del procedimiento conforme a la normativa vigente.	MBA. Jorge Rivas Campos	100%				
					Realizar la divulgación por medio de oficio a las Áreas Rectoras de Salud y Unidades Organizativas que integran la Sede Regional.	Dr. Guillermo Flores Galindo			100%		
				A1303: Nuevamente se requiere divulgar el Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información	Realizar la divulgación con el personal destacado en el Despacho Regional y presentar evidencia de cumplimiento	Dr. Guillermo Flores Galindo			100%		
					Realizar la divulgación con el personal de la Unidad a cargo y presentar evidencia de cumplimiento	MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano MSc. Celia Jiménez Villegas Dra. Karla Obando Mata MBA. Jorge Rivas Campos			100%	100%	

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.138**  
**Ministerio de Salud**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur-Sede Regional

**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dr. Guillermo Flores Galindo  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** Octubre 2019 a setiembre 2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 19 de octubre de 2020

Informe de gestión 2019-2020, en cumplimiento del artículo 10 del Reglamento del Sistema de Gestión de la Rectoría de la Salud Central Sur-Sede Regional

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)				
						I	II	III	IV	
Ambiente de Control	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Parcial	A1307: Debido a la pandemia y a la movilización del personal a otras áreas, así como a los cambios de la modalidad de trabajo no se pudo realizar el seguimiento semestral de los compromisos de gestión.	Realizar el seguimiento conforme a la guía (semestral y con la evaluación del desempeño).	MBA. Jorge Rivas Campos	50%		50%	
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	50%		50%	
						Dr. Guillermo Flores Galindo	50%		50%	
						Dra. Karla Obando Mata	50%		50%	
						MSc. Celia Jiménez Villegas	50%		50%	
Valoración del Riesgo	R1403	En cuanto a la administración de los riesgos, ¿se han definido las actividades de control para minimizar los riesgos determinados?	Parcial	R1403: Se aplican actividades de control para minimizar los riesgos cuando se realiza la programación anual, sin embargo los mismos no se actualizan (nuevos riesgos) cuando se realiza la revisión trimestral.	Revisar de manera trimestral los riesgos definidos por cada producto y reportar al proceso de Control Interno, la revisión realizada, así como si se requiere la definición de nuevos riesgos.	MBA. Jorge Rivas Campos	25%	25%	25%	25%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	25%	25%	25%	25%
						Dra. Karla Obando Mata	25%	25%	25%	25%
						Dr. Guillermo Flores Galindo	25%	25%	25%	25%
						MSc. Celia Jiménez Villegas	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial	C1503: Debido a la pandemia se suspendió la verificación del cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional	Las unidades organizativas retomarán las actividades de verificación de procedimientos conforme a la evolución y comportamiento de la pandemia. Los medios de verificación, son: oficios, programaciones, bitácoras, informes, etc.	MBA. Jorge Rivas Campos			50%	50%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano			50%	50%
						Dra. Karla Obando Mata			50%	50%
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	C1505: Se implementan los controles sin embargo no se cuenta con evidencia física o electrónica de la evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa	Las Unidades Organizativas realizarán la documentación de la evaluación de los controles nuevos.	MBA. Jorge Rivas Campos	25%	25%	25%	25%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1601	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	Parcial	I1601, I1609: No todos los funcionarios utilizan el One Drive como herramienta de resguardo de la información. Además no se aplican de manera periódica las políticas para realizar los respaldos de la información.	Realizar un recordatorio al personal de la importancia de realizar respaldos de la información, así como la utilización del OneDrive, para evitar pérdida de información. Dentro del recordatorio se resaltará la importancia de que las Unidades Organizativas implementen los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información.	MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	100%			
						Dr. Guillermo Flores Galindo	100%			
	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	No Cumple			MBA. Jorge Rivas Campos	25%	25%	25%	25%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	25%	25%	25%	25%
						Dr. Guillermo Flores Galindo	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	S1704: Debido a que el personal se encuentra atendiendo todo lo relacionado con la emergencia por COVID 19, no se ha realizado la retroalimentación al personal con respecto a las acciones implementadas y contenidas en el Plan de Mejora.	Cada jefatura de Unidad presentará la evidencia física y electrónica sobre la retroalimentación que realiza al personal en cuanto al seguimiento de acciones y cumplimiento de metas. Deberá presentar un informe de lo actuado al Proceso de Control Interno.	MBA. Jorge Rivas Campos	25%	25%	25%	25%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	25%	25%	25%	25%
						Dr. Guillermo Flores Galindo	25%	25%	25%	25%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Parcial	S1705: Debido a la pandemia algunas de las actividades contenidas en el plan de mejora no pudieron ser ejecutadas	Ejecutar las acciones contenidas en el presente plan y presentar las evidencias de manera trimestral al proceso de control interno.	MBA. Jorge Rivas Campos	25%	25%	25%	25%
						MSc. Ana Lucía Bonilla Ceciliano	25%	25%	25%	25%
Dra. Karla Obando Mata	MSc. Celia Jiménez Villegas				Dr. Guillermo Flores Galindo	25%	25%	25%	25%	
					Dra. Karla Obando Mata	25%	25%	25%	25%	
MSc. Celia Jiménez Villegas					MSc. Celia Jiménez Villegas	25%	25%	25%	25%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

*La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:*



GA Dirección de Rectoría de SCS.pdf

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD – CENTRAL SUR

A nivel de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Sur, los componentes del SCI presentan en promedio de cumplimiento entre el 86% y el 92%, que en relación con periodo 2018-2019 mantiene el promedio de cumplimiento en 89%.

De acuerdo con el cuadro N°.141 se puede observar que las Áreas Rectoras de Salud de Pavas y Santa Ana tiene el mayor porcentaje de cumplimiento (100%), y el Área Rectora de Salud Suroeste Metropolitana con el 55% que refleja el menor rendimiento, y que en comparación con el periodo 2018-2019 disminuyo en cinco puntos porcentuales pasando de 60% a 55%, en el periodo indicado anteriormente también el Área Rectora de Salud de la Región Central Sur de menor promedio porcentual de cumplimiento, además de contabilizar la mayor cantidad de Acciones de Mejora para su implementación en el año 2021 con un total de 25 acciones, lo cual demuestra el esfuerzo del Área Rectora de Salud en mejorar el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno .

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la información anterior y de las 121 acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Sur:

CUADRO No.139  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREAS RECTORAS DE SALUD REGIÓN CENTRAL SUR, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

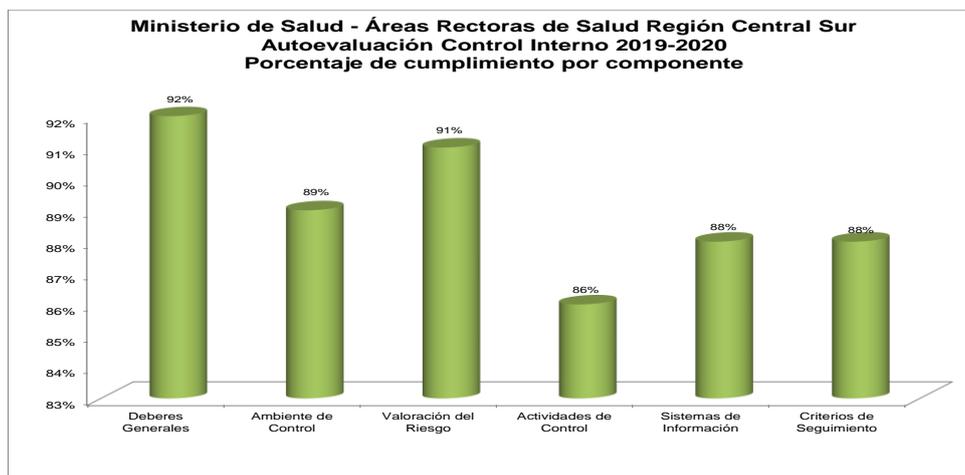
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Acosta	1	2	0	2	1	0	6
Alajuelita	0	0	0	1	1	0	2
Aserrí	0	1	2	2	1	2	8
Carmen Merced Uruca	0	0	0	2	2	0	4
Coronado	0	1	0	0	0	0	1
Curridabat	0	0	2	2	0	0	4
Dasamparados	1	4	0	0	1	2	8
Escazú	1	3	1	0	2	0	7
Goicoechea	0	1	0	0	0	0	1
Hatillo	1	5	0	4	2	2	14
Hospital Mata Redonda	0	2	0	1	1	0	4
Montes de Oca	3	3	1	5	2	1	15
Mora	1	2	0	1	0	1	5
Moravia	0	0	2	2	2	2	8
Pavas	0	0	0	0	0	0	0
Puriscal	0	0	1	0	2	0	3
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	0
SEM	1	6	7	5	4	2	25
Tibás	0	0	1	2	3	0	6
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>121</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.140**  
**Cumplimiento porcentual del promedio por componente del SCI**  
**Áreas Rectoras Salud Región Central Sur, periodo 2019-2020**

<b>Componente</b>	<b>Porcentaje</b>
Deberes Generales	92
Ambiente de Control	89
Valoración del Riesgo	91
Actividades de Control	86
Sistemas de Información	88
Criterios de Seguimiento	88
<b>TOTAL</b>	<b>89%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

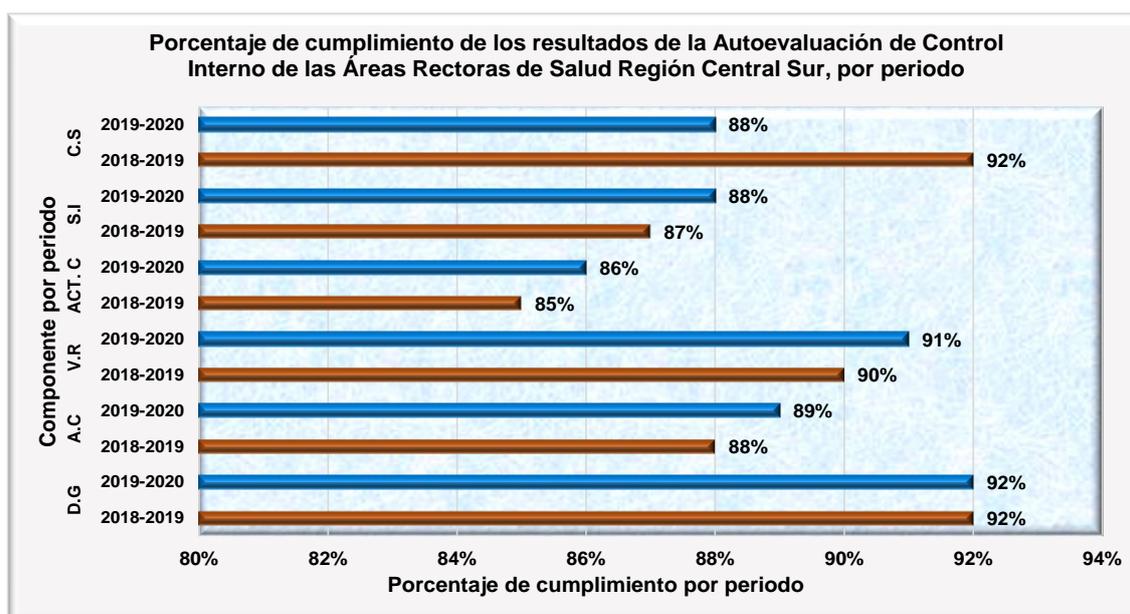


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.141**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Central Sur**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del Riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Acosta	100	83	85	85	89	100	82	82	91	90	100	100	91	90
Alajuelita	43	100	85	100	100	100	100	91	91	90	100	100	87	97
Aserrí	100	100	85	92	89	78	91	82	91	90	100	60	93	84
Carmen M. Uruca	83	100	92	100	78	100	55	82	64	90	67	100	73	95
Coronado	100	100	92	92	89	100	100	100	91	100	100	100	95	99
Curridabat	100	100	69	100	100	78	73	82	100	100	67	100	85	93
Desamparados	86	83	77	69	100	100	100	100	100	90	100	60	94	84
Escazú	71	83	54	77	89	89	82	100	82	80	83	100	77	88
Goicoechea	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	100	98
Hatillo	100	83	100	62	100	100	91	64	100	80	100	60	99	75
Hospital Mata Redonda	100	100	100	92	100	100	100	91	64	90	100	100	94	96
Montes de Oca	100	50	100	75	100	89	91	55	91	80	100	80	97	72
Mora	100	83	92	85	100	100	82	91	91	100	100	80	94	90
Moravia	100	100	92	100	56	89	73	91	73	90	50	80	74	92
Pavas	100	100	100	100	89	100	90	100	100	100	100	100	96	100
Puriscal	100	100	100	100	89	89	100	100	91	80	100	100	97	95
Santa Ana	100	100	85	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98	100
SEM	57	83	69	54	44	22	33	50	73	60	83	60	60	55
Tibás	100	100	92	100	100	88	73	82	55	70	100	100	87	90
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>88%</b>	<b>89%</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>	<b>85%</b>	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>88%</b>	<b>92%</b>	<b>88%</b>	<b>89%</b>	<b>89%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del Sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Sur establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en los correspondientes Planes de Acción de cada Área Rectora de Salud para el año 2021.



CUADRO No.142  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ÁREA RECTORA DE SALUD ALAJUELITA  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: RICARDO OCAMPO SALAS  
PERIODO DE EVALUACIÓN: OCT 2019- SET 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 22/OCT/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Actividades de Control	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	Se cumple parcialmente con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos. Ocasionalmente no se conoce quien tiene los expedientes	realizar un control para conocer quien tiene los expedientes internamente			100%		
Sistemas de Información	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	No todo el personal realiza periódicamente respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información	Entregar los insumos necesarios para que cada uno de los funcionarios sea responsable de realizar sus propios respaldos de información. Se realizará un informe trimestral donde se deje evidencia de los respaldos realizados de cada funcionario.	todos los funcionarios	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.143**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

ÁREA RECTORA DE SALUD ACOSTA  
CRISTINA CORRALES ESCOTO  
2019-2020  
23/OCT/2020

Nota: generalización e información para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	Se debe hacer actualización y refresco a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno debido a incorporación de recién incorporación de personal.	Ejecución de Capacitación sobre responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno.	Comisión Local de CI y DARSAC		100%		
	A1315	¿Se aplican las políticas institucionales sobre la confiabilidad y oportunidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)	Parcial	Se debe hacer evaluación y plan de mejora para la aplicación de las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)	Hacer evaluación local, plan de mejora y traslado a niveles superiores lo que corresponda	Comisión Local de CI y DARSAC				100%
Ambiente de Control	A1316	¿Existen en la institución políticas de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos?	No Cumple	Dar actualización y especificidad formal y por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad	Hacer revisión con cada colaborador tareas y responsabilidades del proceso a cargo y formalizar dichas en expediente	DRASAC		50%		50%
	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Se evidencia que no todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados	Solicitar a niveles superiores la actualización y capacitación sobre el manual (mediante oficio)	DRASAC		50%		50%
Actividades de Control	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	Se aplican parcialmente en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos	Seguimiento del Plan de Mejora Gestión Documental	Comisión Local de CI y DARSAC	25%	25%	25%	25%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	Se aplica los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos, de forma parcial	Gestionar la mejora de la infraestructura del ARS como parte del plan de mejora Gestión Documental	Comisión Local de CI y DARSAC				100%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.144**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Carmen Merced Uruca  
Pamela Ruiz Guevara  
octubre 2019 al setiembre 2020  
19 de octubre 2020

Nota: generalización e información para cumplir con el plan de mejora (2021)

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Algunos manuales no se encuentran actualizados o son inexistentes por lo que no son congruentes.	Emitir un oficio de solicitud de actualización de los manuales	distintos procesos de ARSCMU			100%	
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	No Cumple	No se actualizan según las necesidades actuales.	Emitir un oficio de solicitud de actualización de los manuales	distintos procesos de ARSCMU			100%	
Sistemas de Información	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	No Cumple	No se cuenta con el recurso humano.	Solicitud mediante oficio de funcionario de archivo	Dirección	100%			
	I1625	¿Se mantienen actualizados los formularios de procedimientos y protocolos en INTRANET?	No Cumple	No se encuentran todos actualizados.	Emitir un oficio de solicitud de actualización de los manuales	Procesos que requiera actualización e implementación			100%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.145**  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ASERRI  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRA. CAROLINA UMAÑA CISNEROS  
PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019-SEPTIEMBRE 2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 16 DE OCTUBRE DEL 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (Indicador de desempeño)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	Se han formalizado por escrito responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad	Elaborar informe para cada funcionario con las tareas asignadas según manual de procedimientos	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
Valoración del Riesgo	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Ejecutar revisión durante las reuniones de la UO cada trimestre, y elaborar una bitácora de seguimiento.	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Ejecutar revisión durante las reuniones de la UO cada trimestre, y elaborar una bitácora de seguimiento.	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
Actividades de Control	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa	Ejecutar revisión durante las reuniones de la UO cada trimestre, y elaborar una bitácora de seguimiento.	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades?	Parcial	Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades	Ejecutar revisión durante las reuniones de la UO cada trimestre, y elaborar una bitácora de seguimiento.	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	No Cumple	Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones	A nivel de la institución no se cuenta con sistemas de información para este tipo de actividades. No hay protocolos. La actividad será solicitar dicho sistema o protocolo para ejecutarlo de manera uniforme en toda la institución	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
Criterios de Seguimiento	S1702	¿Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional?	Parcial	Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional	Debido a la Pandemia no se le pudo dar seguimiento o contar con la evidencia del POI. SE RETOMARA EL PROXIMO AÑO las reuniones mensuales para poder darle seguimiento al cumplimiento de los productos	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%
	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora	Debido a la Pandemia no se le pudo dar seguimiento o contar con la evidencia del POI. SE RETOMARA EL PROXIMO AÑO las reuniones mensuales para poder darle seguimiento al cumplimiento de los productos	Dra. Carolina Umaña Cisneros			50%	50%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.146**  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS Goicoechea  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Rossana García González  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2020 - 2021  
FECHA DE EVALUACIÓN: 21 octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (Indicador de desempeño)			
							I	II	III	IV
Sistemas de Información	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	I1609: El personal no establece un compromiso de desempeño para realiza los respaldos y duplicados necesarios para conservar toda la información	En la próxima Evaluación del Desempeño, establecer un compromiso de desempeño para todos los funcionarios de la DARS-G, en el que se establezca la obligatoriedad de realizar los respaldos y duplicados necesarios para conservar toda la información que cada uno produzca.	Director de la DARS-G	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.147**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Curridabat  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Melissa Arguedas arce  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019 a Setiembre 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 23 de octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nota (ponderación) (ponderación para cumplir con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1408	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Parcial	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Se programarán sesiones de trabajo para analizar los riesgos contenidos en el portafolio del SEVRI y se elevaran a los niveles superiores las necesidades detectadas de ajuste o incorporación de riesgos.	Equipo de Control Interno y Dirección		50%	50%	
	R1409	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Parcial	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Elevar a los niveles superiores la necesidad de actualizar el SEVRI para el proceso de planificación.	Equipo de Control Interno y Dirección			50%	
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Elevar ante los niveles superiores las necesidades de manuales y procedimientos acorde a la normativa vigente.	Funcionarios del Área Rectora y Dirección		33%	34%	33%
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Elevar ante los niveles superiores las necesidades de manuales y procedimientos acorde a la normativa vigente.	Funcionarios del Área Rectora y Dirección		33%	34%	33%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.148**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: HOSPITAL-MATA REDONDA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. María Lourdez Zevallos Girón  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019-Setiembre 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 16 de Octubre del 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nota (ponderación) (ponderación para cumplir con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	A 1304: ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Mediante una reunión de personal realizar revisión conjunta de las funciones y tareas que cada proceso conlleva según la realidad y demanda laboral institucional.	Equipo de Control Interno			100%	
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	A 1311: ¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Envío por correo electrónico institucional del Manual de Ética y realizar presentación en reunión de personal.	Equipo de Control Interno				100%
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	C 1502: ¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	En reunión de personal, realizar una sesión de revisión de los procedimientos que la unidad organizativa implementa, a la luz de la demanda actual de trabajo.	Equipo de Control Interno			100%	
Sistemas de Información	I1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Parcial	I 1605: ¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Divulgar, a través del correo institucional, a todo el personal, las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico, con el fin de que se mantengan actualizados y los funcionarios nuevos refuercen la obligatoriedad de su cumplimiento.	Equipo de Control Interno	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.149**  
**Ministerio de Salud Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Salud Puriscal-Turubares  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Juna Miguel Cerdas Chacón  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 19/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1408	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Parcial	R1408. Algunos riesgos correspondientes a actividades realizadas en esta Área Rectora de Salud no están incluidos en el portafolio de riesgos	Solicitar a niveles superiores la inclusión de riesgos correspondientes a actividades excluidas en el portafolio	Juan Miguel Cerdas Chacón	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	I1603. Los funcionarios no cuentan con acceso a algunas páginas y/o herramientas que le permiten el abordaje eficiente de trámites	Solicitar a niveles superiores habilitar accesos a algunas páginas en internet	Francisco Esquivel Jiménez y Juan Miguel Cerdas Chacón	25%	25%	25%	25%
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	I1607. Algunos sistemas de información disponibles, para el uso de esta Área Rectora, no se adaptan a la realidad ni las necesidades existentes	Solicitar a nivel superior el mantenimiento informático de algunas de las bases de datos creadas	Juan Miguel Cerdas Chacón y Francisco Esquivel Jiménez	25%	25%	25%	25%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.151**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD MORA  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DRA LUZ CUADRA MORALES  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: SEPTIEMBRE 2021

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	No se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Retomar sesiones de trabajo trimestrales con todos los funcionarios de la UO para actualizar y refrescar temas sobre la Ley General de Control Interno	Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	Falta de espacios de trabajo para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	Retomar sesiones de trabajo trimestrales para sensibilizar a funcionarios sobre marco estratégico institucional y otros aspectos administrativos	Lidia Rocío Agüero	25%	25%	25%	25%
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueve la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	Falta de espacios de reunión para realizar actividades donde se promueve la implementación del Manual de Ética Institucional	Retomar sesiones de trabajo trimestrales con todos los funcionarios de la UO para actualizar sobre valores institucionales y Manual de Ética	Lidia Rocío Agüero	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	Los manuales de procedimientos existentes no son congruentes con las funciones que realiza los procesos en la UO	Crear herramientas y metodologías de trabajo en aras de cumplir con lo establecido en los manuales de procedimientos pero que sean prácticos para poder monitorear cumplimiento de actividades a nivel local	Lidia Adriana Flores, Lidio Maycol Avalos, Sra Guiselle Matamoros, Lidia Yesenia López	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	No se ejecutaron las sesiones de trabajo grupales de retroalimentación del personal para informar sobre cumplimiento de metas y objetivos	Retomar la realización de sesiones trimestrales grupales para analizar cumplimiento de metas y objetivos de cada uno de los procesos de la UO	Coordinadores de proceso	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**CUADRO No.150**  
**Ministerio de Salud**  
**De octubre del 2020 a setiembre del 2021**  
**UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD DE MORAVIA**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR. HUGO GUEVARA SANCHEZ**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019-Setiembre 2020**  
**FECHA DE EVALUACIÓN: 15 de octubre del 2019**

Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora			
							I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1404	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Parcial	No se han establecido todos los lineamientos necesarios para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos	Establecer por escrito los mecanismos de acción para dar seguimiento a las actividades minimizadoras de los riesgos	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
					Generar instrumentos y evidencias sobre las actividades realizadas para llevar el control y minimizar los riesgos	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Algunos procesos no tienen manuales ni procedimientos para ciertas tareas	Solicitar a los colaboradores del Área Rectora de Salud de Moravia actualizar la información sobre la necesidad de protocolos o lineamientos para poder desarrollar sus actividades de una mejor forma	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
					Solicitar instrucciones a niveles superiores sobre lineamientos para procesos en los cuales se requiera de alguna instrucción debido a la falta de manuales de procedimientos	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	Todavía se puede sacar mayor provecho a los sistemas de información para colaborar en el control gerencial, el seguimiento de actividades, controlar recursos, riesgos y limitaciones	Realizar una valoración sobre los sistemas de información utilizados en el Área Rectora de Salud de Moravia que permita conocer aspectos básicos sobre el uso de los mismos, como por ejemplo: funcionarios con acceso, problemas o dificultad de uso, facilidad para la generación de reportes, entre otros.	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
					Establecer por escrito acciones de mejora en el uso de los sistemas de información en el Área Rectora de Salud de Moravia a fin de colaborar en el control gerencial, el seguimiento de actividades, controlar recursos, riesgos y limitaciones	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	Se puede mejorar la retroalimentación al personal para la mejora de procesos, según el cumplimiento de actividades y tareas	Realizar una revisión de actividades o tareas específicas que requieran mejoras (cuellos de botella, repetición de tareas, distribución de tareas, necesidad de optimización de procesos), con el fin de generar insumos para establecer un proceso de retroalimentación.	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
					Generar evidencias de retroalimentación para la mejora de procesos y de las actividades que realizan los funcionarios con el fin de colaborar en la optimización de tareas	Dr. Hugo Guevara Sánchez y Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.152**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: Montes de Oca  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Johanna Chavarria Viquez  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: Octubre 2019  
 FECHA DE EVALUACIÓN: Setiembre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento alcanzado por componente (en % para el mes de octubre 2020)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Parcial	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Comunicar a los funcionarios de la Unidad Organizativa la conformación de la Comisión de Control Interno mediante un oficio	Johanna Chavarria Viquez	100%			
	G003	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jercara y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Parcial	¿Los funcionarios tienen acceso físico o digital al compendio de normativa dispuesto en la unidad organizativa así como a la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jercara y el titular subordinado para realizar sus funciones (técnicas o administrativas)?	Implementar una Carpeta Compartida en One Drive con la normativa en mención	Johanna Chavarria Viquez	100%			
	G005	¿Los funcionarios de la unidad organizativa aplican siempre el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa? para garantizar la confidencialidad de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas y la confidencialidad de la información hasta la emisión de la resolución final.	Parcial	¿Los funcionarios de la unidad organizativa aplican siempre el artículo 6 de la Ley General de Control Interno y normativa conexa? para garantizar la confidencialidad de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas y la confidencialidad de la información hasta la emisión de la resolución final.	Implementar un correo de respuesta automática que incluye formulario de solicitud y boleta de confidencialidad	Atención al Cliente	100%			
	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Realizar cronograma de reuniones de Equipo de Área (Primer Jueves de Mes)	Johanna Chavarria Viquez	100%			
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueve la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueve la implementación del Manual de Ética Institucional?	Incorporar Manual de Ética en las reuniones de Equipo	Johanna Chavarria Viquez	25%	25%	25%	25%
Ambiente de Control	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Realizar un Plan de Clima Laboral	Johanna Chavarria Viquez	100%			
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	No Cumple	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Elaborar un informe de cumplimiento trimestral de la medida minimizadora de riesgo	Funcionarios DARSMO	25%	25%	25%	25%
Valoración del Riesgo	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Revisión de los manuales de procedimientos físicos o digitales disponibles en intranet en reunión de equipo	Funcionarios DARSMO	25%	25%	25%	25%
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Revisión de los manuales de procedimientos existentes en reunión de equipo, indicar si son congruentes con los procesos	Funcionarios DARSMO	25%	25%	25%	25%
	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Identificar las oportunidades de mejora sobre los procedimientos y protocolos implementando en la Unidad Organizativa en la reunión de equipo	Funcionarios DARSMO	25%	25%	25%	25%
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Revisión de normativa para la gestión documental en reunión de equipo	Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Elaborar un informe de evaluación del cumplimiento de la implementación del protocolo de préstamo de documentos	Comisión de Control Interno				100%
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	No Cumple	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Identificar las necesidades en sistemas de información necesarios para la gestión del Nivel Local	Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	No Cumple	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Socializar el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos	Comisión de Control Interno	100%			
Criterios de Seguimiento	S1711	¿Realiza la institución retroalimentación trimestral a las unidades organizativas posterior a la revisión del cumplimiento de metas?	No Cumple	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Revisión del cumplimiento trimestral de POI en las reuniones de equipo	Comisión de Control Interno	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.153**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS ESCAZU  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: ADOLFO OTRIZ BARBOZA  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019-SEPTIEMBRE 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (información para cumplir con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	G006: ¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Socializar a nuevos funcionarios el artículo 41 de la Ley de Control Interno por medio de correo electrónico	Karina León Gabriela Varela	100%	0%	0%	0%
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	A1304: ¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Verificar cuales funcionarios faltan de tener las tareas y responsabilidades por escrito y entregarlas. Se solicitará firma de recibido de dicho documento.	Gabriela Varela	100%	0%	0%	0%
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	A1310: ¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Socializar a nuevos funcionarios el PEI por medio de correo electrónico.	Karina León Gabriela Varela	0%	100%	0%	0%
Ambiente de Control	A1312	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Parcial	A1312: ¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Socializar a nuevos funcionarios el organigrama vigente por medio de correo electrónico.	Karina León Gabriela Varela	0%	100%	0%	0%
	R1402	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	No Cumple	R1402: ¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	Desarrollar una sesión con todo el equipo de trabajo para determinar riesgos	Adolfo Ortiz Karina León Gabriela Varela	0%	50%	50%	0%
Sistemas de Información	I1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Parcial	I1605: ¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Socializar a los nuevos funcionarios las normas de uso de correo electrónico vía correo	Karina León Gabriela Varela	50%	50%	0%	0%
	I1609	¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Parcial	I1609: ¿Aplica el personal los aspectos que debe considerar en cuanto a respaldos y duplicados necesarios para conservar adecuadamente la información?	Verificar que todos los funcionarios tengan la sincronización en One Drive y elaborar lista de firmas como evidencia de sincronización	Karina León Gabriela Varela	50%	50%	0%	0%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.154**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA: AREA RECTORA DE SALUD CORONADO  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DAVID MORALES QUIROS  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 15 OCTUBRE 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (información para cumplir con el plan de mejora 2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	El conocimiento del Plan Estratégico Institucional es parcial.	El conocimiento del Plan Estratégico Institucional es parcial, por lo que será socializado a todos los funcionarios. Evidencia en OneDrive: dentro del Grupo del Área en OneDrive existe una carpeta para la socialización de archivos y temas de interés de todos, será subido y solicitado por medio de circular la revisión y conocimiento del mismo.	David Morales		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.155**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**ÁREA RECTORA DE SALUD DE HATILLO**  
**Dr. Eduardo Arguedas Barquero**  
**1 de oct 2019 al 30 de setiembre 2020**  
**23-octubre 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Deberes Generales	G002	¿Se divulga a los funcionarios de la unidad organizativa un compendio con la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jercarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones?	Parcial	G002 Divulgación a los funcionarios de la reglamentación, directrices y lineamientos emitidos por el Jercarca y el titular subordinado, así como de sus actualizaciones.	Solicitar los usuarios de intranet a los funcionarios que no tienen acceso. Confeccionar una carpeta desde el correo del área que sea compartida con los funcionarios de esta y contenga los siguientes: Ley General de Control Interno, Normas de control interno del sector público, Normas técnicas para la gestión y el control de las tecnologías de información, Marco Orientador del SEVRI, Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud y la normativa promulgada por la Contraloría General. Reglamento Autónimo de Servicio del Ministerio de Salud, Reglamento de Garantías o Cautiones que deben rendir los Funcionarios del Ministerio de Salud, Plan Estratégico del Ministerio de Salud, Plan Anual Operativo del Ministerio de Salud, Manual de Ética Institucional, Manual de Políticas de Gestión Integral de Información, Manual de Normas de Seguridad de Gestión Integral de Información, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud y Políticas de comunicación institucional.	Dr. Eduardo Arguedas Barquero	100%			
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	Facilitar espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa.	Correo electrónico con los misión, visión, valores, objetivos institucionales y se realizan actividades que se comparten	Correo con misión, visión, valores, objetivos institucionales Mariana Morales Monge y el funcionario que realice la actividad que la comparta por correo electrónico.	25%	25%	25%	25%
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	Las responsabilidades y tareas por escrito específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad.	La jefatura actualizará y notificará vía correo electrónico las actividades que realiza a cada proceso y funcionario.	Dr. Eduardo Arguedas Barquero		100%		
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	Conocimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI)	Se buscará y enviará a cada funcionario vía correo electrónico	Mariana Morales Monge	100%			
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	Facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Se buscará y enviará a cada funcionario vía correo electrónico	Mariana Morales Monge	100%			
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	No Cumple	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Se realizará la evaluación con la reunión de clima laboral para fomentar la comunicación asertiva.	Todos los funcionarios del Área Rectora de Salud Hatillo		34%	33%	33%
Actividades de Control	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	C1504 ¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Si en algún momento existiere alguna duda o pregunta sobre procedimientos se procederá realizar por medio de oficio o correo electrónico la consulta a la Región Central Sur.	Los funcionarios realizarán las propuestas y consultas conforme a necesidad.	25%	25%	25%	25%
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	No Cumple	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Se realizará la evaluación con la reunión de clima laboral	Todos los funcionarios del Área Rectora de Salud Hatillo		34%	33%	33%
	C1506	¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades?	No Cumple	C1506 ¿Se actualizan los controles aplicados en la unidad organizativa de acuerdo a las necesidades?	Se confeccionará una herramienta donde se compartirá en One Drive las Denuncias interpuestas por usuarios y las Inspecciones programadas solamente para consulta.	Funcionario Responsable de la Inspección.	25%	25%	25%	25%
	C1507	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	No Cumple	C1507 ¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	Se realizará la creación de una carpeta compartida del correo electrónico ans.hatillo@minisalud.gov.co donde se incluyan los correos de información cuantificada solicitada por el Nivel Regional sobre los procesos y así sea para consulta y conocimiento de los funcionarios del área.	Dr. Eduardo Arguedas Barquero	100%			
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	I1603 ¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Solicitar los usuarios de intranet a los funcionarios que no tienen acceso, adicional se solicita la clave dado que las actualizaciones de normativa intrainstitucional así como sus cuestionarios y formularios son únicamente accesibles por este medio por lo que quedaría solventado el problema de accesibilidad por el primer trimestre de este año, se solicitará un correo de confirmación del acceso.	Dr. Eduardo Arguedas Barquero	100%			
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo No 39 de la Ley No 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	I1610 ¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo No 39 de la Ley No 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Solicitud de Capacitación en el tema mediante oficio a los niveles superiores con el fin de instruir en el tema a todo el personal.	Dr. Eduardo Arguedas Barquero	100%			
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Se realizará la evaluación con la reunión de clima laboral	Todos los funcionarios del Área Rectora de Salud Hatillo		34%	33%	33%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Parcial	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Se realizará la evaluación con la reunión de clima laboral	Todos los funcionarios del Área Rectora de Salud Hatillo		34%	33%	33%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.156  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora

Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DRS DESAMPARADOS  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DR. JIMMY VARGAS CHARPENTIER  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 21/10/20

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (porcentaje) trimestral para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Refrescamiento anual debido a nuevos colaboradores	Dra. Carla Murillo		100%		
	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Adecuada implementación del protocolo de inducción.	Dr. Jimmy Vargas	25%	25%	25%	25%
	A1307	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	Parcial	¿Se efectúa al menos una vez al año el seguimiento del cumplimiento de los Acuerdos de Compromisos y Resultados de gestión según la guía de aplicación?	seguimiento semestral	Dr. Jimmy Vargas			100%	
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Refrescamiento anual debido a nuevos colaboradores	Dr. Jimmy Vargas		100%		
Ambiente de Control	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	cronograma de actividades	Dr. Jimmy Vargas		100%		
	I1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Parcial	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Refrescamiento anual debido a nuevos colaboradores	Christian Calderón		100%		
Sistemas de Información	S1702	¿Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional?	Parcial	¿Cuenta la unidad organizativa con evidencia sobre el cumplimiento de los productos del Plan Operativo Institucional?	seguimiento trimestral	Dra. Carla Murillo	25%	25%	25%	25%
	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	seguimiento trimestral	Dra. Carla Murillo	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.157  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora

Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARSSEM  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra Carolina Guillen Meléndez  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 20 Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (porcentaje) trimestral para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Parcial	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Volver a formar la comisión por renuncia de personal, mediante oficio comunicado en forma general	Dra Carolina Guillen	100%			
	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	No Cumple	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Programar actividades grupales para promover los valores institucionales trimestral	comité de CI		50%		50%
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Formalizar las funciones de la totalidad de los funcionarios mediante oficio posterior a la pandemia con los funcionarios interinos	Dra Carolina Guillen	50%		50%	
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Enviar a los funcionarios de recién ingreso mediante correo electrónico	Dra Carolina Guillen	100%			
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	No Cumple	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	enviara mediante correo al personal interino o de recién ingreso	Dra Carolina Guillen		100%		

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.188**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:** ARSSEM  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:** Dra Carolina Guillen Meléndez  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:** 2019-2020  
**FECHA DE EVALUACIÓN:** 20 Octubre 2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Nivel de cumplimiento (en porcentaje)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1312	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Parcial	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Enviar mediante correo electrónico a los funcionarios de recién ingreso	Dra Carolina Guillen	100%			
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	elaborar un plan remedial cuando se reciba el diagnóstico según la orden del director regional	personal del área	100%			
Valoración del Riesgo	R1401	¿La unidad organizativa aplica la metodología SEVRI vigente para la valoración y administración del riesgo en cada uno de los productos?	Parcial	¿La unidad organizativa aplica la metodología SEVRI vigente para la valoración y administración del riesgo en cada uno de los productos?	Elaborar un acta que evidencie las medidas que se tomaron para administrar los riesgos	Dra Carolina Guillen		50%		50%
	R1402	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	Parcial	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	Elaborar un acta que evidencie que los funcionarios participaron definiendo los riesgos	personal del área		100%		
	R1404	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Parcial	¿Se han establecido lineamientos para dar seguimiento al cumplimiento de las actividades de control para minimizar los riesgos?	Elaborar un acta que evidencie las medidas para dar seguimiento al cumplimiento de las medidas que se tomaron para administrar los riesgos	Dra Carolina Guillen		50%		50%
	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Elaborar un acta que evidencie el seguimiento dado a la ejecución de las actividades	Dra Carolina Guillen				100%
	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Elaborar la evidencia de las medidas que se toman para el control de cada riesgo	Dra Carolina Guillen				100%
	R1408	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	revisar cuales riesgos se asemejan a las necesidades del área y hacer un acta	comité de CI				100%
	R1409	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	actualizar los riesgos según las necesidades del área, hacer un acta	comité de CI				100%
	C1503	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Parcial	¿La unidad organizativa verifica el cumplimiento de las actividades y tareas indicadas en el manual de procedimientos y protocolos institucional?	Elaborar un acta que evidencie de la verificación del cumplimiento	Dra Carolina Guillen				100%
Actividades de Control	C1504	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Parcial	¿Se revisan y se proponen mejoras en la unidad organizativa sobre los procedimientos y protocolos utilizados por la unidad?	Elaborar un acta de las mejoras que se realizan	Dra Carolina Guillen				100%
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Elaborar el acta que evidencie los controles que se realizan	Dra Carolina Guillen				100%
	C1507	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	Parcial	¿Se promueve por parte del titular subordinado de la unidad organizativa la implementación y el seguimiento de los controles existentes?	Elaborar el acta de la reunión que evidencie la comunicación del proceso en general	comité de CI				100%
	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Implementar formalmente un registro en el archivo principal con este procedimiento	Dra Carolina Guillen	100%			
Sistemas de Información	I1605	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	Parcial	¿Han sido divulgadas a todos los funcionarios las normas institucionales para el uso correcto del correo electrónico?	comunicar a los funcionarios de nuevo ingreso mediante correo	Dra Carolina Guillen	100%			
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Revisar los sistemas de información implementados y evidenciarlos y realizar un acta	comité de CI	100%			
	I1608	¿Se han establecido en la Unidad Organizativa quienes están autorizados y capacitados para acceder a la información de los sistemas?	Parcial	¿Se han establecido en la Unidad Organizativa quienes están autorizados y capacitados para acceder a la información de los sistemas?	Formalizar mediante oficio esta autorización para acceder a la información	Dra Carolina Guillen	100%			
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	comunicar mediante oficio a los funcionarios de nuevo ingreso	Dra Carolina Guillen	100%			
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	informar a todo el personal los resultados del seguimiento, mediante oficio	comité de CI		50%		50%
	S1705	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	Parcial	¿Los resultados del control gerencial y del Plan de mejora que realiza la unidad organizativa se utilizan para realizar mejoras a la gestión de la unidad?	evidenciar mediante oficio las acciones tomadas para mejorar la gestión	comité de CI				100%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1408	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Parcial	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos responden a las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	Identificar los riesgos de acuerdo con las necesidades de planificación esta Área Rectora e indicarlos en la programación	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO		100%		
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	No Cumple	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Hay algunos procesos como promoción de la salud que no cuentan con el manual de procedimientos, por lo que se han hecho acciones de elaboración propia a nivel local	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO	50%		50%	
	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Realizar los ajustes para la implementación de los manuales de procedimiento de acuerdo con las funciones y recursos de cada proceso.	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO		50%		50%
Sistemas de Información	I1601	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	Parcial	¿Implementan los funcionarios de la unidad organizativa los mecanismos establecidos en el procedimiento de gestión de la información?	Mantener el procedimiento de manejo de la información manual que ha sido de elaboración propia del Área Rectora de Salud.	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO	25%	25%	25%	25%
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Reportar las fallas de la conexión a internet y contar con bases de datos de elaboración propia para la gestión institucional.	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO		50%		50%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Mantener los documentos físicos generados por cada proceso clasificados y ordenados	DRA. PRISCILLA UMAÑA Y ENCARGADO DEL PROCESO	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:

- |                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                                                           |                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>GA Área Rectora Salud SEM.pdf    | <br>GA Área Rectora Salud Santa Ana.pdf  | <br>GA Área Rectora Salud Puriscal-Turruab | <br>GA Área Rectora Salud Pavas.pdf    | <br>GA Área Rectora Salud Moravia.pdf    |
| <br>GA Área Rectora Salud Mora.pdf   | <br>GA Área Rectora Salud Montes de Oca. | <br>GA Área Rectora Salud Hospital Mata R  | <br>GA Área Rectora Salud Hatillo.pdf  | <br>GA Área Rectora Salud Goicoechea.pdf |
| <br>GA Área Rectora Salud Escazú.pdf | <br>GA Área Rectora Salud Desamparados.  | <br>GA Área Rectora Salud Curridabat.pdf   | <br>GA Área Rectora Salud Coronado.pdf | <br>GA Área Rectora Salud Carmen Mercec  |
| <br>GA Área Rectora Salud Aserrí.pdf | <br>GA Área Rectora Salud Alajuelita.pdf | <br>GA Área Rectora Salud Acosta.pdf       | <br>GA Área Rectora Salud Tibás.pdf    |                                                                                                                               |

## REGIÓN HUETAR NORTE

### Sede Regional:

La información suministrada por Sede Regional en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI Deberes Generales y Sistemas de Información 100% de cumplimiento, mientras que Ambiente de Control 92%, Valoración del Riesgo 89, Actividades de Control 91% y Criterios de Seguimiento con el nivel de cumplimiento más bajo con 80%.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional Huetar Norte se ubica en un 92% de cumplimiento, decreciendo en comparación con el periodo 2018-2019 que cumplió en un 93%. Mantiene el 100% de cumplimiento Sistemas de Información; aumentan el nivel de cumplimiento Deberes Generales en 14 puntos porcentuales pasando de 86% a 100%, y Actividades de Control que de 82% paso a 91% de cumplimiento, mientras que los componentes que disminuyen son Ambiente de Control y Criterios de Seguimiento en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la información anterior y de las tres acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

CUADRO No. 160  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL DIRECCIÓN REGIONAL RECTORIA EN SALUD HUETAR NORTE,  
PERIODO 2019-2020

COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	1	0	0	0	1
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	1	0	1
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	0	0
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	0	0
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	1	0	1
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA TRIMESTRE</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.161**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: DRRSHN, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	92
Valoración del Riesgo	89
Actividades de Control	91
Sistemas de Información	100
Criterios de Seguimiento	80
<b>TOTAL</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

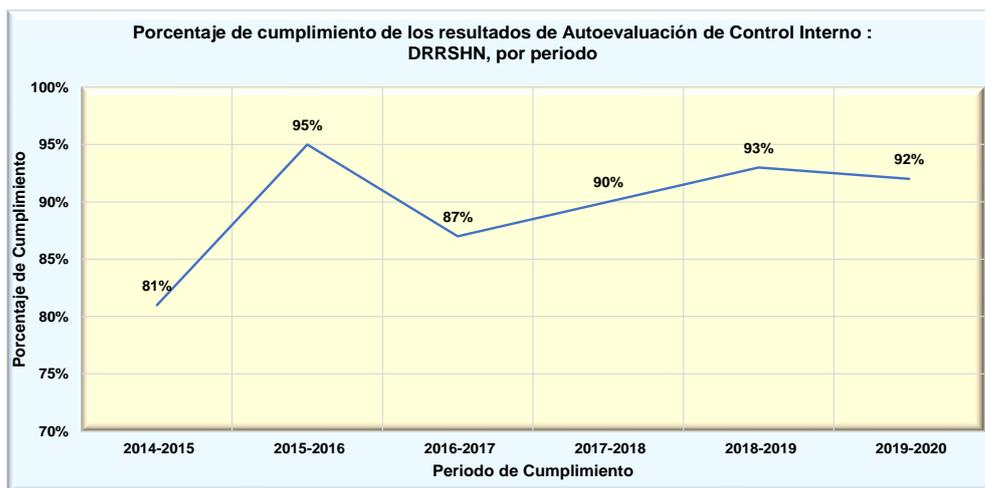


Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.162**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno Unidad Organizativa: DRRSHN**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	86	100	71	100	86	100
Ambiente de Control	67	100	100	92	100	92
Valoración del Riesgo	83	83	86	86	89	89
Actividades de Control	69	92	64	82	82	91
Sistemas de Información	83	92	100	82	100	100
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	80
<b>TOTAL</b>	<b>81%</b>	<b>95%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>	<b>93%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSHN estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



CUADRO No.163  
Ministerio de Salud  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE SALUD HUETAR NORTE  
PERIODO DE EVALUACIÓN: DRA CLAUDIA ROSALES GALEANO  
FECHA DE EVALUACIÓN: OCTUBRE 2019- SETIEMBRE 2020  
21 DE OCTUBRE DEL 2020

Metas (porcentajes) establecidas para cumplir con el plan de mejora

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	Los funcionarios desconocen el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Socializar el Plan Estratégico Institucional con los funcionarios de la Dirección Regional.	Dr. Luis Diego Ugalde Jiménez	100%	0%	0%	0%
Valoración del Riesgo	R1409	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos han sido actualizados atendiendo las necesidades de planificación de la unidad organizativa?	No Cumple	Los riesgos contenidos en el portafolio de riesgos no han sido actualizados	Participar en la actualización del portafolio de riesgos cuando Nivel Central lo solicite.	Licda. Marlen Elena Castro Salas	0%	0%	100%	0%
Criterios de Seguimiento	S1704	¿Los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que realiza la unidad organizativa se utilizan para retroalimentar al personal?	Parcial	En algunas ocasiones no se retroalimenta al personal sobre los resultados del seguimiento al cumplimiento de las acciones que se realizan la unidad organizativa	Retroalimentar al personal sobre los resultados del seguimiento de acciones que realiza las unidades regionales.	Jefaturas Regionales	50%		50%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA DRR Huetar  
Norte.pdf

## ANÁLISIS ÁREAS RECTORAS DE SALUD REGIÓN HUETAR NORTE:

De la información proporcionada por las Áreas Rectoras de Salud, el componente Valoración del Riesgo es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 77%, que en comparación con el periodo decreció en 21 puntos porcentuales.

De acuerdo con el cuadro N°. 166 se puede observar que el Área Rectora de Salud de Santa Rosa es la que presenta el mejor nivel de cumplimiento con 100%. Caso contrario, el Área Rectora de Salud de Florencia, reflejando el promedio de cumplimiento más bajo con 58%. Así mismo, las Áreas Rectoras de Salud presentan un promedio general de cumplimiento de 86%, en relación con el periodo 2018-2019 disminuyó en 11 puntos porcentuales.

Entre las Áreas Rectoras de Salud de la Región Huetar Norte, contabilizan en total 31 acciones de mejora, programadas para ser implementadas en el año 2021, que se detallan a continuación.

CUADRO No.164  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREAS RECTORAS DE SALUD REGIÓN HUETAR NORTE, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

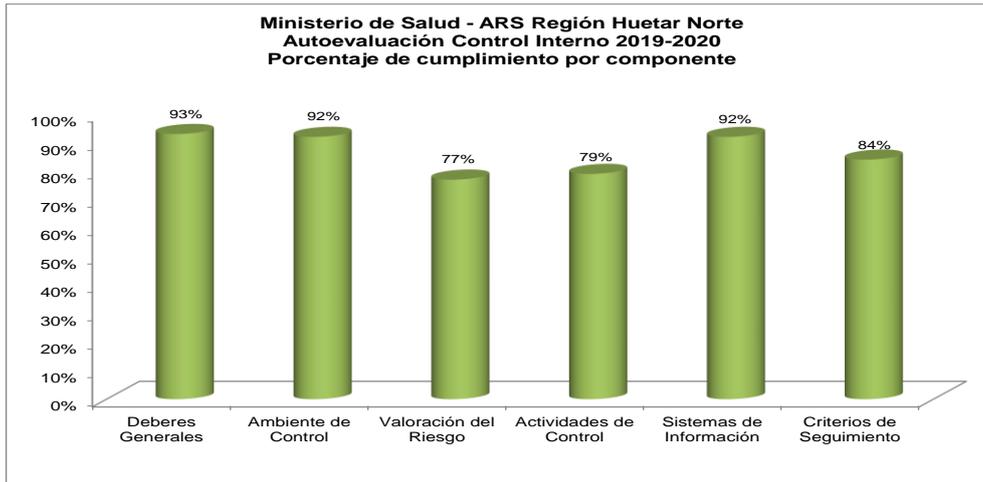
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Aguas Zarcas	0	1	0	0	2	0	3
Ciudad Quesada	0	0	0	4	2	0	6
Guatuso	0	0	3	1	1	0	5
Los Chiles	1	1	3	1	1	0	7
Florencia	1	4	1	2	1	1	10
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>31</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.165  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: ARSRHN, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	93
Ambiente de Control	92
Valoración del Riesgo	77
Actividades de Control	79
Sistemas de Información	92
Criterios de Seguimiento	84
<b>TOTAL</b>	<b>86%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

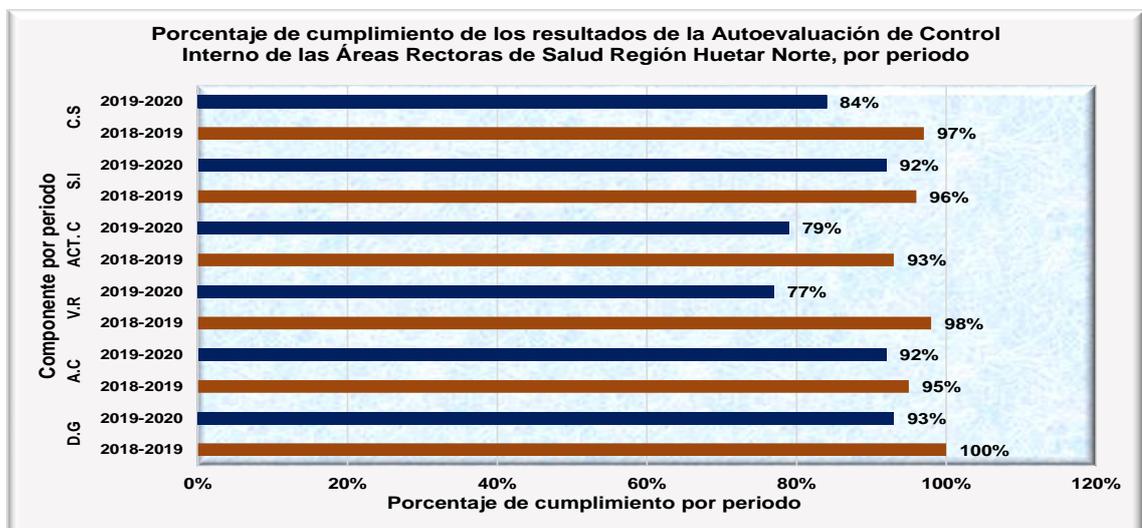


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.166**  
**Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control**  
**Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Huetar Norte**

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
<b>Aguas Zarcas</b>	100	100	92	100	100	78	100	91	100	100	100	80	<b>99</b>	<b>92</b>
<b>Ciudad Quesada</b>	100	100	100	100	100	100	91	82	82	100	100	100	<b>96</b>	<b>97</b>
<b>Guatuso</b>	100	100	100	100	100	100	100	78	100	90	100	100	<b>100</b>	<b>95</b>
<b>Los Chiles</b>	100	83	100	92	89	78	100	100	100	90	83	100	<b>95</b>	<b>91</b>
<b>Santa Rosa de Pocosol</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Florencia</b>	100	83	85	69	100	29	73	45	100	80	100	40	<b>93</b>	<b>58</b>
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>100%</b>	<b>93%</b>	<b>95%</b>	<b>92%</b>	<b>98%</b>	<b>77%</b>	<b>93%</b>	<b>79%</b>	<b>96%</b>	<b>92%</b>	<b>97%</b>	<b>84%</b>	<b>97%</b>	<b>86%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Huetar Norte establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



UNIDAD ORGANIZATIVA:  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
PERIODO DE EVALUACIÓN:  
FECHA DE EVALUACIÓN:

CUADRO No.167  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

ÁREA RECTORA DE SALUD AGUAS ZARCAS  
DIONISIO SIBAJA ANCHIA  
2019-2020  
28/10/2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (porcentajes) visualizada para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	Dos funcionarios de nuevo ingreso desconocen el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Divulgación del Plan Estratégico Institucional (a los funcionarios de nuevo ingreso) y mantener divulgación vía correo electrónico a los demás funcionarios	Dr. Dionicio Sibaja Anchía (Director), MGP Viviana Valverde Segura (Planificación)		50%		50%
Sistemas de Información	I1611	¿Existe un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información?	No cumple	Existe un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información	Gestionar ante el Nivel Regional la socialización del Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información		100%			
					Posterior al envío del Plan, socializarlo con todos los funcionarios de la Unidad Organizativa				100%	

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.168**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**ÁREA RECTORA DE SALUD C. QUESADA**  
**DRA. MARIA DEL MILAGRO PICADO CARTIN**  
**OCTUBRE, 2019 A SETIEMBRE, 2020**  
**5 DE NOVIEMBRE DE 2020**

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Muestra (representativa) seleccionada para el análisis (ver estado del progreso 2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1510	¿Se aplican en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos?	Parcial	C1510 No se aplica en la unidad organizativa procedimientos para la custodia y protección de los documentos ya que no se cuenta con personal exclusivo para atender la gestión documental.	Solicitar el recurso humano necesario para la atención del archivo del área y en general de todo el proceso de gestión documental.	Dirección de Área	100%			
	C1511	¿Se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos?	Parcial	C1511 No se cumple en la unidad organizativa con los lineamientos institucionales en lo relativo al acceso, consulta, traslado o préstamo de los documentos ya que no se cuenta con personal exclusivo para atender la gestión documental.	Solicitar el recurso humano necesario para la atención del archivo del área y en general de todo el proceso de gestión documental.	Dirección de Área	100%			
	C1512	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	Parcial	C1512 Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional	Responsabilidad Institucional					
	C1513	¿Los procedimientos y protocolos institucionales son actualizados de acuerdo a las necesidades del entorno?	Parcial	C1513 Los procedimientos y protocolos institucionales son actualizados de acuerdo a las necesidades del entorno	Responsabilidad Institucional					
Sistemas de Información	I1624	Existen a nivel institucional sistemas de información estandarizados que permitan ejercer un mejor control de las actividades ejecutadas en los procesos y contribuir a la toma de decisiones	Parcial	I1624 Existen a nivel institucional sistemas de información estandarizados que permitan ejercer un mejor control de las actividades ejecutadas en los procesos y contribuir a la toma de decisiones	Responsabilidad Institucional					
	I1625	¿Se mantienen actualizados los formularios de procedimientos y protocolos en INTRANET?	Parcial	I1625 Se mantienen actualizados los formularios de procedimientos y protocolos en INTRANET	Responsabilidad Institucional					

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021.

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.169**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Salud Guatuso  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Douglas Lanzoni Solano  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 20/10/20

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Medida gubernamental contemplada para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	No se verifica la eficacia de las medidas de contención de riesgos	Realizar una reunión trimestral y valorar la eficacia de las actividades planteadas para contener los posibles riesgos	Douglas Lanzoni Solano	25%	25%	25%	25%
	R1413	¿Se realiza en la institución un análisis del entorno interno y externo que sirva de base para la actualización del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)?	No Cumple	No se cuenta con una actualización del sistema SEVRI	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		
	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	No Cumple	No se ha realizado capacitación sobre el SEVRI	Solicitar al nivel regional una capacitación del SEVRI	Douglas Lanzoni Solano		100%		
Actividades de Control	C1512	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	No Cumple	No se cuenta con los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	No Cumple	no se cuenta con sistemas de información que permitan controlar recursos, riesgos y limitaciones.	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.170**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Salud Los Chiles  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Douglas Lanzoni Solano  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 20/10/20

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Medida gubernamental contemplada para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	No se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno	Realizar presentación de la Ley de control interno	Douglas Lanzoni Solano		100%		
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	La mayoría de los funcionarios no conocen el PEI	Enviar vía correo electrónico el Plan Estratégico y realizar una presentación en una reunión de personal	Douglas Lanzoni Solano			100%	
Valoración del Riesgo	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	No se verifica la eficacia de las medidas de contención de riesgos	Realizar una reunión trimestral y valorar la eficacia de las actividades planteadas para contener los posibles riesgos	Douglas Lanzoni Solano	25%	25%	25%	25%
	R1413	¿Se realiza en la institución un análisis del entorno interno y externo que sirva de base para la actualización del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI)?	No cumple	No se cuenta con una actualización del sistema SEVRI	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		
	R1415	¿La institución realiza procesos de capacitación, sensibilización y socialización sobre el SEVRI?	No Cumple	No se ha realizado capacitación sobre el SEVRI	Solicitar al nivel regional una capacitación del SEVRI	Douglas Lanzoni Solano		100%		
Actividades de control	C1512	¿Permiten los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional?	No Cumple	No se cuenta con los sistemas de información obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		
Sistemas de Información	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	No Cumple	no se cuenta con sistemas de información que permitan controlar recursos, riesgos y limitaciones.	Enviar correo a la región manifestando la deficiencia	Douglas Lanzoni Solano		100%		

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (porcentaje) obtenida por unidad con el área de salud (2021)			
							I Octubre 2020-Diciembre 2020	II Enero 2021-Marzo 2021	III Abril 2021-Junio 2021	IV Julio 2021-Setiembre 2021
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno de la Ley General de Control Interno?	Parcial	El equipo del área rectora identifica la necesidad de refrescar el tema de las sanciones mencionadas en la Ley General de Control Interno	Programar un espacio fijo en las reuniones mensuales del equipo rector para la actualización en el tema completo de la Ley General de Control Interno y el seguimiento al Plan de Mejora elaborado.	Director de Área Rectora	25%	25%	25%	25%
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	El Equipo Rector identifica la necesidad de que a cada funcionario se le formalice por escrito las responsabilidades y tareas específicas en los distintos procesos de la unidad, tanto en el tiempo ordinario como extraordinario.	Enviar por escrito a cada funcionario las responsabilidades y tareas específicas en los distintos procesos de la unidad, tanto en el tiempo ordinario como extraordinario.	Director de Área Rectora	0%	100%	0%	0%
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El Equipo Rector identifica la necesidad de implementar y dar seguimiento a espacios de integración que permitan fortalecer el clima laboral.	Mantener de forma permanente las reuniones mensuales del Equipo Rector. Implementar y dar seguimiento al Plan de Mejora del Clima Laboral. Retomar los espacios disponibles para actividades que fortalezcan la salud física y mental.	Director de Área Rectora Director de Área Rectora Equipo Rector	25%	25%	25%	25%
Valoración del Riesgo	R1402	¿Participan los funcionarios de la unidad organizativa en la definición de los riesgos y su administración (consecuencias, actividades de control y seguimiento de los riesgos)?	Parcial	Los funcionarios de la unidad identifican y definen los riesgos de cada proceso pero no participan en la administración y seguimiento de los mismos.	Solicitar en reunión mensual del Equipo Rector capacitación sobre el Manejo del Portafolio de Riesgos en la Unidad Organizativa.	Equipo Rector	100%	0%	0%	0%
Actividades de control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	Se identifica la necesidad de verificar si los manuales de procedimientos existentes de cada proceso de la Unidad Organizativa se encuentran actualizados.	Solicitar al nivel superior el compendio de Manuales de Procedimientos vigentes de cada proceso de la Unidad Organizativa. Solicitar que se retomen las reuniones de los niveles locales junto con el nivel regional por Procesos, para que en estos espacios se capacite a los funcionarios en las nuevas actualizaciones de los Manuales de Procedimientos.	Director de Área Rectora	100%	0%	0%	0%
Sistemas de Información	I1606	¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)?	Parcial	Algunos de los Sistemas de Información con que cuenta la Unidad Organizativa son muy básicos, como bases de datos que solo retroalimentan generando estadísticas en salud.	Revisar los sistemas existentes en cada proceso e identificar en las reuniones mensuales del Equipo Rector las necesidades de mejora que se requieran.	Equipo Rector	25%	25%	25%	25%
Criterios de Seguimiento	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	No Cumple	La unidad organizativa no realiza una revisión trimestral del Plan de mejora.	Revisión conjunta por parte del Equipo Rector de la Programación Anual elaborada y el Plan de mejora que se genera de la misma de manera trimestral antes de ser enviado al nivel superior.	Equipo Rector	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en los siguientes documentos PDF:



GA Área Rectora  
Salud Los Chiles.pdf



GA Área Rectora  
Salud Guatuso.pdf



GA Área Rectora  
Salud Florencia.pdf



GA Área Rectora  
Salud Ciudad Quesada



GA Área Rectora  
Salud Aguas Zarcas.pdf



GA Área Rectora  
Salud Santa Rosa de F

## REGIÓN PACÍFICO CENTRAL

### Sede Regional:

La información proporcionada por Sede Regional Pacifico Central en el cuestionario de la Guía de Autoevaluación, presenta los siguientes niveles de cumplimiento en ítem unidad organizativa para los componentes del SCI Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo y Criterios de Seguimiento 100% de cumplimiento, mientras que Actividades de Control 82% y Sistemas de Información con 80% de cumplimiento.

En el proceso de Guía de Autoevaluación 2019-2020 la sede Regional se ubica en un 94% de cumplimiento, aumentando en comparación con el periodo 2018-2019 que cumplió en un 92%. Mantienen el 100% de cumplimiento Deberes Generales, Ambiente de Control, Valoración del Riesgo y Criterios de Seguimiento; aumentan el nivel de cumplimiento Actividades de Control en 27 puntos porcentuales pasando de 55% a 82%, y Sistemas de Información disminuyó de 100% a 80% de cumplimiento en relación con el periodo anterior.

En las siguientes imágenes se muestra el detalle de la información anterior y de las cinco acciones de mejora distribuidas por componente, que se establecen para su seguimiento e implementación en el año 2021 por parte de la Sede Regional:

CUADRO No. 172  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y PROGRAMACION TRIMESTRAL DIRECCION REGIONAL RECTORIA EN SALUD PACIFICO CENTRAL, PERIODO 2019-2020

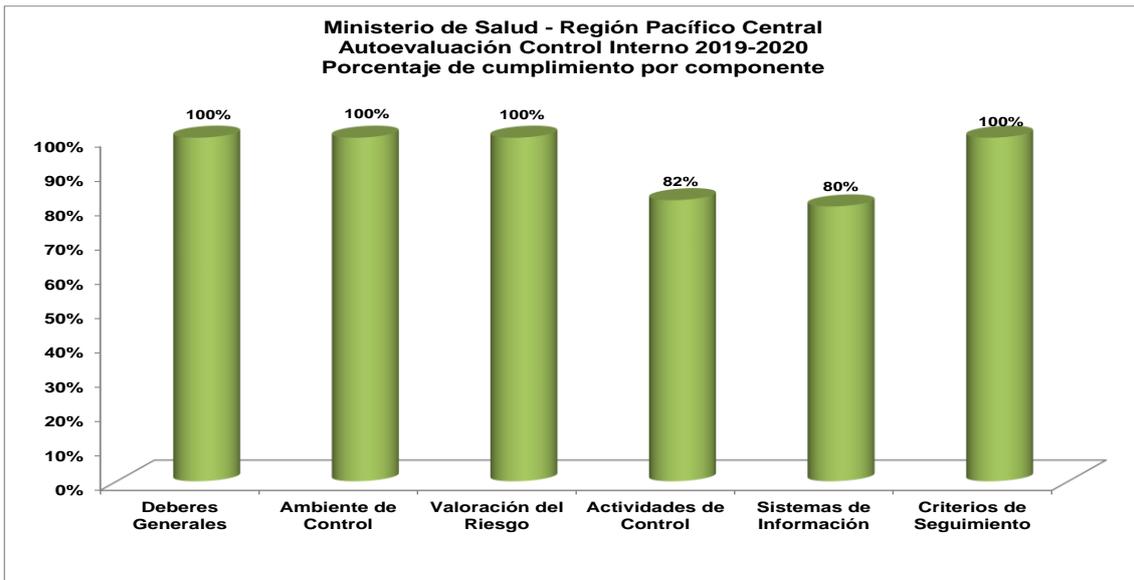
COMPONENTE SCI	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE
DEBERES GENERALES	0	0	0	0	0
AMBIENTE DE CONTROL	0	0	0	0	0
VALORACIÓN DEL RIESGO	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE CONTROL	0	0	0	2	2
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	0	0	0	3	3
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA TRIMESTRE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.173**  
**Cumplimiento porcentual por componente del SCI**  
**Unidad Organizativa: DRRSPC, periodo 2019-2020**

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	100
Ambiente de Control	100
Valoración del Riesgo	100
Actividades de Control	82
Sistemas de Información	80
Criterios de Seguimiento	100
<b>TOTAL</b>	<b>94%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

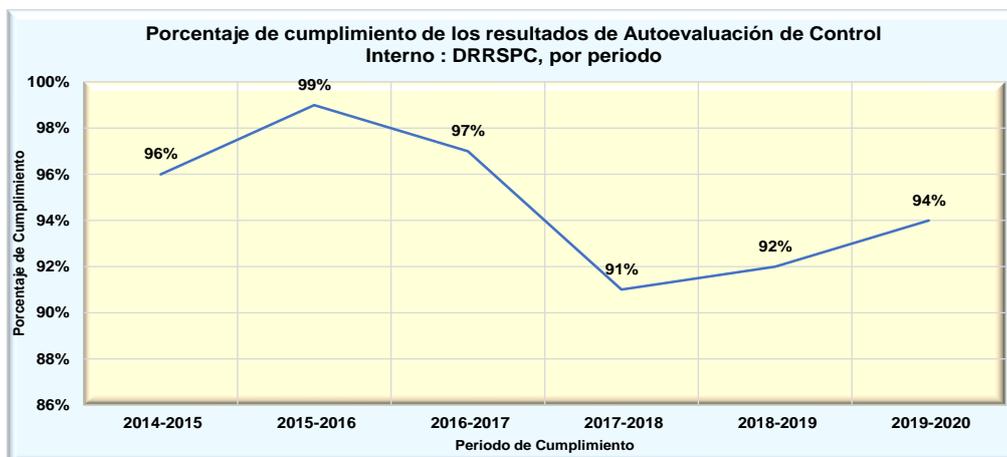


Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

**Cuadro N°.174  
Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control  
Interno Unidad Organizativa: DRRSPC**

Componente	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020
Deberes Generales	100	100	100	100	100	100
Ambiente de Control	83	100	92	100	100	100
Valoración del Riesgo	100	100	100	100	100	100
Actividades de Control	92	92	100	73	55	82
Sistemas de Información	100	100	91	73	100	80
Criterios de Seguimiento	100	100	100	100	100	100
<b>TOTAL</b>	<b>96%</b>	<b>99%</b>	<b>97%</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>94%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, la Unidad Organizativa DRRSPC estableció las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



CUADRO No.175  
Ministerio de Salud  
Plan Acción de Mejora  
Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
PERIODO DE EVALUACIÓN:  
FECHA DE EVALUACIÓN:

Región Pacífico Central  
Dr. Carlos M. Venegas Porras  
2019-2020  
22-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Mesa porcentual mínima para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	Esta en proceso de revisión y ajuste de los manuales de procedimientos, pero se detuvo por motivo de pandemia.	Atención oportuna en la convocatoria de reactivación del Nivel Central en el proceso de revisión y ajuste de los manuales.	Dr. Carlos Venegas Jefes de Unidad				100%
	C1505	¿Se realizan actividades de evaluación a los controles después de ser aplicados por la unidad organizativa?	Parcial	Las actividades de evaluación de los controles se han realizado parcialmente debido a la atención prioritaria de la pandemia.	Se van a reactivar la evaluación de los controles en la medida que la atención de la pandemia lo permita	Dr. Carlos Venegas Jefes de Unidad		50%		50%
Sistemas de Información	I1603	¿Tienen los funcionarios acceso a la información requerida para la ejecución de los procesos?	Parcial	La información que se requiere para ejecutar los procesos no siempre es oportuna ni actualizada oportunamente. Sobre todo la que se recibe de Nivel Central.	En la medida de lo posible la Unidad Organizativa implementa herramientas propias para lograr la ejecución de los procesos. Participación en la elaboración y validación de manuales, protocolos, herramientas, sistemas, etc.	Dr. Carlos Venegas Jefes de Unidad	25%	25%	25%	25%
	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	No hay seguimiento por parte de NC en cuanto al resguardo y conservación documental.	Plan de revisión y mantenimiento del archivo físico regional.	Dr. Carlos Venegas Lic. Gerardo Mendoza	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA Dirección Región  
Pacífico Central.pdf

## ANALISIS AREAS RECTORAS REGION PACIFICO CENTRAL

De la información proporcionada por las Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central, el componente Ambiente de Control es el que presenta el nivel más bajo de cumplimiento con 86%, que en comparación con el periodo anterior decreció en 10 puntos porcentuales.

De acuerdo con el cuadro N°. 178 se puede observar que el Área Rectora de Salud de Garabito es la que presenta el mejor nivel de cumplimiento con 98%, y el de menor cumplimiento es el Área Rectora de Salud de Montes de Oro que se ubica en un promedio de 85. Las Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central presentan un promedio general de cumplimiento de 93%, en relación con el periodo 2018-2019 disminuyó en 04 puntos porcentuales.

Las Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central, contabilizan en total 39 acciones de mejora, programadas para ser implementadas en el año 2021, que se detallan a continuación.

CUADRO No.176  
ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI Y ÁREAS RECTORAS DE SALUD REGIÓN PACÍFICO CENTRAL, PERIODO 2019-2020 PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL AÑO 2021

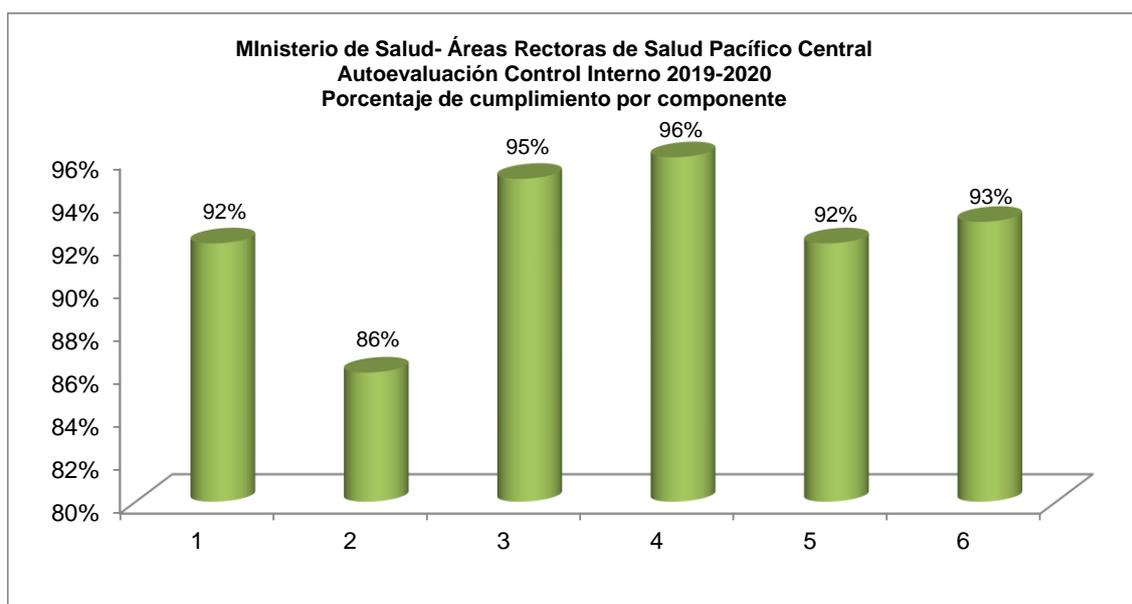
ÁREA RECTORA DE SALUD	DEBERES GENERALES	AMBIENTE DE CONTROL	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACTIVIDADES DE CONTROL	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	CRITERIOS DE SEGUIMIENTO	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA RECTORA
Barranca	0	0	1	0	1	0	2
Esparza	0	2	0	1	0	1	4
Garabito	0	2	0	0	0	0	2
Montes de Oro	1	3	2	0	2	0	8
Orotina-San Mateo	1	1	0	0	0	0	2
Parrita	1	1	0	0	3	1	6
Puntarenas-Chacarita	1	6	0	1	2	0	10
Peninsular	0	1	0	1	0	0	2
Quepos	1	0	0	0	2	0	3
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>39</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.177  
Cumplimiento porcentual por componente del SCI  
Unidad Organizativa: ARSRPC, periodo 2019-2020

Componente	Porcentaje
Deberes Generales	92
Ambiente de Control	86
Valoración del Riesgo	95
Actividades de Control	96
Sistemas de Información	92
Criterios de Seguimiento	93
<b>TOTAL</b>	<b>93%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



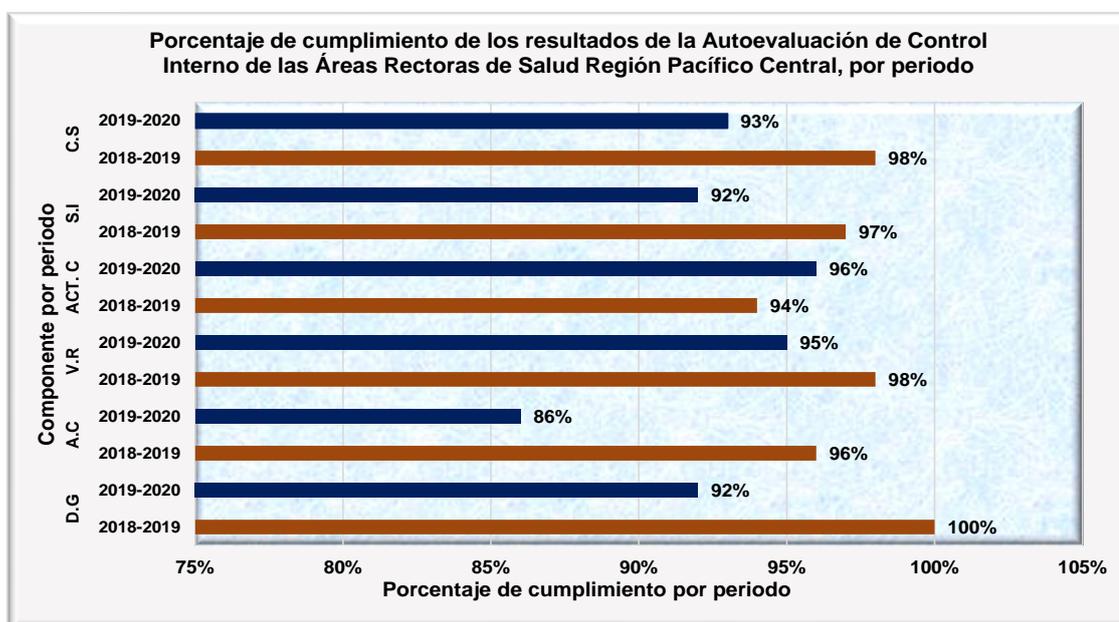
Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.

Cuadro N°.178

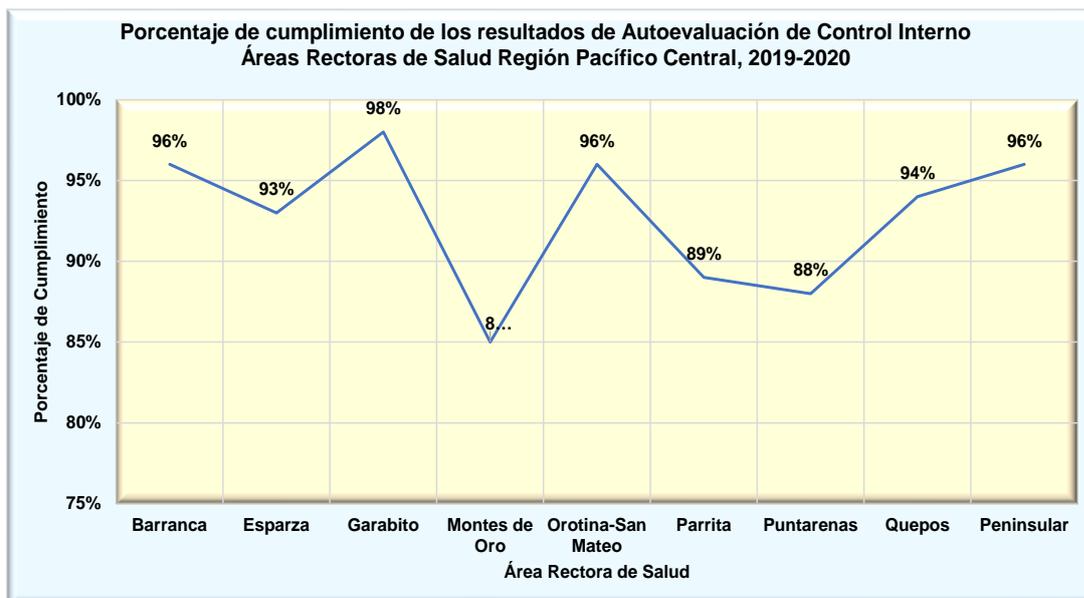
Comparación porcentual por periodo de los resultados de Autoevaluación de Control Interno de las Áreas Rectoras de Salud Región Pacífico Central

Áreas Rectoras de Salud	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Barranca	100	100	92	100	100	86	100	100	100	90	100	100	99	96
Esparza	100	100	92	85	100	100	73	91	91	100	100	80	93	93
Garabito	100	100	92	85	100	100	100	100	100	100	83	100	96	98
Montes de Oro	100	83	100	77	100	71	82	100	100	80	100	100	97	85
Orotina-San Mateo	100	83	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Parrita	100	83	100	100	86	100	91	100	100	90	100	60	96	89
Puntarenas - Chacarita	100	83	100	54	100	100	100	100	100	90	100	100	100	88
Peninsular	100	100	100	92	100	100	100	82	100	100	100	100	100	96
Quepos	100	100	92	92	100	100	100	91	82	80	100	100	96	94
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>100%</b>	<b>92%</b>	<b>96%</b>	<b>86%</b>	<b>98%</b>	<b>95%</b>	<b>94%</b>	<b>96%</b>	<b>97%</b>	<b>92%</b>	<b>98%</b>	<b>93%</b>	<b>97%</b>	<b>93%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso deAutoevaluación 2019-2020.



Para la atención de las preguntas identificadas con debilidades de los componentes del sistema de Control Interno, las Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central establecieron las siguientes acciones de mejora que se detallan a continuación en el Plan de Acción 2021.



**CUADRO No.179**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

ARSBARRANCA  
 DR CRISTEL KNOHR RODRIGUEZ  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020  
 22-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Valoración del Riesgo	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa da seguimiento a las medidas minimizadoras identificadas para cada riesgo en cuanto a su eficacia?	Realizar un seguimiento semestral a las medidas minimizadoras identificadas en los resultados del POI en cuanto a su eficacia.	Dr. Cristel Knohr Rodríguez		50%		50%
Sistemas de Información	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Parcial	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	Solicitar a nivel superior la construcción de un espacio adecuado para el resguardo de los archivos generados por la UO y que el nivel central se lleve los expedientes debidamente ordenados en las tablas de plazos.	Dr. Cristel Knohr Rodríguez			100%	

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.180**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Área Rectora de Salud Esparza  
 Dr. Christopher Ureña Chacón  
 Octubre 2019 a Setiembre 2020  
 20/10/20

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1312	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	No Cumple	¿Se ha divulgado a todos los colaboradores la estructura organizativa de la unidad y sus líneas de dependencia y coordinación?	Divulgar el organigrama actualizado a todos los funcionarios	Dr. Christopher Ureña Chacón	100%			
	A1313	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Ejecutar las acciones del plan de acción de la encuesta "Clima Laboral"	Dr. Christopher Ureña Chacón	25%	25%	25%	25%
Actividades de Control	C1501	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Parcial	¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?	Solicitar lineamientos actualizados de Promoción de Salud y Servicios de Salud	Dr. Christopher Ureña Chacón	100%			
Criterios de Seguimiento	S1703	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Parcial	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del Plan de mejora?	Realizar seguimiento trimestral del Plan de Mejoras	Dr. Christopher Ureña Chacón	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.181**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

Área Rectora de Salud de Garabito  
 Dr. José Alberto Morales Ortega  
 2019-2020  
 20-10-2020

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Metas (porcentuales) trimestrales para cumplir con el plan de mejora (2021)			
							I	II	III	IV
Ambiente de Control	A1309	¿Se han implementado las directrices institucionales en la unidad organizativa sobre la política ambiental y el programa de gestión ambiental institucional ?	Parcial	La municipalidad carece de un programa riguroso de recolección diferenciada de residuos sólidos por lo que la separación de residuos no es constante.	realizar actividades que mejoren la separación de residuos valorizables en el ARSG.	Dr. José Morales Ortega		50%		50%
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	Existen funcionarios de recién ingreso que no conocen el PEI	Compartir el PEI con los funcionarios de recién ingreso	Dr. José Morales Ortega		50%		50%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.182**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
 Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno  
 De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:  
 PERIODO DE EVALUACIÓN:  
 FECHA DE EVALUACIÓN:

**DARSMO**  
**DRA. VIVIANA PHILLIPS ALVAREZ**  
**2019-2020**  
**19 OCTUBRE 2020**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meses (se contabilizan trimestres para cumplir con el plan de mejora 2020)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	Parcial	No se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno 4231	Divulgar a todos los funcionarios las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de control Interno y además que cada oficina lo tenga impreso y visible para su recordatorio	Dra. Viviana Phillips				x
	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promuevan la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	Se han limitado espacios para realizar actividades donde se promuevan la misión, visión, objetivos institucionales y se retroalimenten los aspectos administrativos de la unidad organizativa	Incluir dentro de los espacios de divulgación actividades que incluyan la misión, visión, objetivos institucionales y retroalimentación sobre aspectos administrativos de la UO	Dra Viviana Phillips	x	x	x	x
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	Se desconoce por parte de algunos funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Socializar el PEI vigente a todos los funcionarios	Dra Viviana Phillips				x
Ambiente de Control	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	Se debe promover actividades para mantener y fortalecer un clima laboral favorable	Dar seguimiento al plan de mejoras elaborado a raíz de los resultados de la encuesta de clima laboral 2019	Dra. Viviana Phillips	x	x	x	x
	R1405	¿La unidad organizativa da seguimiento a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	La unidad organizativa no da el seguimiento frecuente a la ejecución de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Dar seguimiento con mayor frecuencia a las actividades del control del riesgo identificada	Dra Viviana Phillips, Equipo Rector		x		x
Valoración del Riesgo	R1406	La unidad organizativa da seguimiento a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo?	Parcial	No se da el seguimiento frecuente por parte de la Unidad Organizativa a la eficacia de las actividades de control identificadas para cada riesgo	Dar seguimiento con mayor frecuencia a la eficacia de las actividades de control de cada riesgo identificado	Dra Viviana Phillips, Equipo Rector		X		X
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	Los sistemas de información implementados en la unidad organizativa presentan inconsistencias con frecuencia lo cual no permiten controlar los recursos, riesgos y limitaciones	Hacer un informe de las inconsistencias de los sistemas y elevarlo a los niveles superiores	Dra Viviana Phillips, Equipo Rector		x		x
Sistemas de Información	I1608	¿Se han establecido en la Unidad Organizativa quienes están autorizados y capacitados para acceder a la información de los sistemas?	Parcial	No todos los funcionarios realizan respaldos y duplicados periódicamente para conservar adecuadamente la información	Realizar cada funcionario un respaldo de la información	Dra Viviana Phillips, Equipo Rector		x		x

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.183**  
**Ministerio de Salud**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
 UNIDAD ORGANIZATIVA: Área Rectora de Salud Ortopedia y San Mateo  
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dra. Viviana García Sandi  
 PERIODO DE EVALUACIÓN: octubre 2019 a setiembre 2020  
 FECHA DE EVALUACIÓN: 20 de octubre 2020

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I Octubre 2020- Diciembre 2020	II Enero 2021- Marzo 2021	III Abril 2021- Junio 2021	IV Julio 2021- Setiembre 2021
Deberes Generales	G006	¿Se ha divulgado a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno?	No Cumple	No se divulgó a todos los funcionarios de la unidad organizativa las responsabilidades y sanciones contempladas en el artículo 41 de la Ley General de Control Interno en este período	Divulgación de la Ley de Control Interno	Dra Viviana García Sandi		100%		
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	No se el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Divulgación del Plan Estratégico Institucional vigente	Dra Viviana García Sandi	100%			

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.184**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**Dirección Área Rectora de Salud Parrita**  
**Eric Brenes Gómez**  
**2019-2020**  
**19/10/2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (Gubernamental) (Indicador para cumplir con el plan de mejoría 2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	No Cumple	Por favor aclarar el responsable de esta actividad ya que en otros años no se realizó con claridad.	Incluir y aclarar este tema en un CGARS	Eric Brenes Gómez	100%			
Ambiente de control	A1316	¿Existen en la institución políticas de gestión del recurso humano en cuanto a incentivos?	No Cumple	Funcionarios refieren no conocer si existen políticas de gestión en cuanto a gestión a incentivos.	Incluir y aclarar este tema en un CGARS	Eric Brenes Gómez	100%			
Sistemas de Información	I1602	¿Los canales de comunicación de la unidad organizativa permiten el traslado oportuno de la información?	Parcial	Se cuentan con canales de comunicación, pero su calidad es baja (red de internet y teléfono que no tenemos)	Elaboración de oficio en donde se exponga dicha situación ante los niveles superiores.	Eric Brenes Gómez	100%			
	I1613	¿Se han divulgado los canales de comunicación institucional?	Parcial	Sobre utilización de medios informales como WhatsApp	Incluir y aclarar este tema en un CGARS	Eric Brenes Gómez	100%			
	I1618	¿Se cumplen los plazos existentes para atender cada uno de los trámites que la institución y/o unidad brinda?	Parcial	La atención de trámites en este año se ha visto afectado por la pandemia	Reforzar la elaboración de informes semestrales de cumplimiento de trámites y análisis de los mismos para tomar acciones ante trámites no atendidos en tiempo y forma	Liseth Montero Astúa		50%		50%
Criterios de seguimiento	S1701	¿La unidad organizativa realiza una revisión trimestral del cumplimiento de los productos establecidos en el Plan Operativo Institucional?	Parcial	Falta de realización de la verificación trimestral del avance del PCI y del plan de mejoras de la autoevaluación de control interno por motivo de la pandemia	Realizar estas verificaciones de manera trimestral	Eric Brenes Gómez	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



**CUADRO No.185**  
**Ministerio de Salud**  
**Plan Acción de Mejora**  
**Para el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley General de Control Interno**  
**De octubre del 2019 a setiembre del 2020**  
**ÁREA RECTORA DE SALUD PUNTARENAS-CHACARITA**  
**ERICKA JIMÉNEZ VALVERDE**  
**2019-2020**  
**20 OCTUBRE 2020**

**UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:**  
**PERIODO DE EVALUACIÓN:**  
**FECHA DE EVALUACIÓN:**

Componente SCI	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	Meta (Gubernamental) (Indicador para cumplir con el plan de mejoría 2021)			
							I	II	III	IV
Deberes Generales	G001	¿Se ha comunicado a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno?	Parcial	Oportunidad de mejora relacionada con comunicar a los funcionarios si existe en la unidad organizativa un colaborador responsable del proceso de control interno.	Comunicar a funcionarios enlace control interno	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
Ambiente de Control	A1301	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentan sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa?	Parcial	Debido a priorización de la pandemia se han limitado espacios para realizar actividades donde se promueven la misión, visión, valores, objetivos institucionales y retroalimentar sobre aspectos administrativos de la unidad organizativa	Retomar espacios donde se promueva visión, misión, valores, entre otros, cuando termine la pandemia	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	A1303	¿Se han implementado por parte de los funcionarios de la unidad organizativa las directrices institucionales sobre la confiabilidad de la información? (Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información)	Parcial	Aunque se han implementado acciones sobre confiabilidad de la información, se desconoce acerca de Manual de políticas sobre gestión de la información y Manual de normas sobre gestión de la información	Exponer la necesidad de conocer la política y manual referente a gestión integral de la información	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	A1305	¿Se aplica en la unidad organizativa el Manual Institucional de Inducción al Puesto de acuerdo a sus indicaciones?	Parcial	Debido al ingreso de nuevos funcionarios y asignación de nuevas funciones durante la atención a la pandemia, resulta imposible aplicar en la unidad organizativa el Manual Institucional de Inducción al Puesto	Retomar aplicación del Manual Institucional de Inducción al Puesto y continuar con proceso de inducción a nuevos funcionarios cuando termine la pandemia y de ser posible antes.	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	No Cumple	los funcionarios desconocen acerca del Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente	Gestionar la necesidad acerca de conocer el Plan Estratégico Institucional vigente	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	A1311	¿El titular subordinado facilita espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional?	Parcial	La priorización a la pandemia imposibilita facilitar espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional	Retomar la facilitación de espacios para realizar actividades donde se promueva la implementación del Manual de Ética Institucional, una vez que termine la pandemia	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	A1313	¿El titular subordinado promueve acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable?	Parcial	La priorización a la pandemia imposibilita que el titular subordinado promueva acciones para mantener y fortalecer un clima laboral favorable.	Implementar Plan Remedia de Mejoramiento del Clima Laboral del Área Rectora y algunas recomendaciones emitidas por investigación de clima laboral avalada por autoridades superiores de nivel central, de acuerdo a nuestras posibilidades considerando la pandemia.	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
Actividades de Control	C1513	¿Los procedimientos y protocolos institucionales son actualizados de acuerdo a las necesidades del entorno?	Parcial	En ocasiones no se contemplan necesidades del entorno cuando se elaboran protocolos institucionales antes de su publicación formal y vigencia.	Exponer necesidades locales del entorno ante autoridades superiores	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
Sistemas de Información	I1610	¿Se aplican los procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos?	No Cumple	La Carencia de recurso humano destinado exclusivamente para Gestión de Archivos, imposibilita cumplir en su totalidad con procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N° 39 de la Ley N° 7202 del Sistema Nacional de Archivos establecido.	Continuar gestionando dotación de nuevo recurso humano dedicado exclusivamente a la Gestión de Archivos	Dra. Ericka Jiménez Valverde				
	I1611	¿Existe un Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información?	No Cumple	Se desconoce Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información	Exponer necesidad acerca de conocer Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información y su respectiva divulgación	Dra. Ericka Jiménez Valverde				

\* Esta información debe ser programada para el período 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.186  
Ministerio de Salud  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: ARS PENINSULAR  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: JUAN GABRIEL LEDEZMA ACEVEDO  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 22-10-2020

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I Octubre 2020- Diciembre 2020	II Enero 2021- Marzo 2021	III Abril 2021- Junio 2021	IV Julio 2021- Setiembre 2021
Ambiente de Control	A1310	¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?	Parcial	Se envió por correo a los colaboradores el año pasado, se repasó el PEI con los funcionarios nuevos al ingreso. Pero al preguntarles en la autoevaluación la mayoría no lo tenía claro	Esta vez se va a reenviar, y con un video explicativo de cómo se realiza el PEI y cómo se ajusta el POI a este PEI.	Dr. Juan Gabriel Ledezma Acevedo	100%			
Actividades de Control	C1502	¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?	Parcial	Creemos que tienen congruencia parcial, que deben ajustarse y que están mal redactados algunos. Son de 2007, y no se ajustan a los procesos actuales ni tienen claros los indicadores de impacto o de desempeño o la forma de evaluarse.	Los vamos a revisar de nuevo y a hacerles observaciones	Dr. Juan Gabriel Ledezma Acevedo	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



CUADRO No.187  
Ministerio de Salud  
De octubre del 2019 a setiembre del 2020

UNIDAD ORGANIZATIVA: DARS QUEPOS  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Dr. José Luis Miranda C.  
PERIODO DE EVALUACIÓN: 2019-2020  
FECHA DE EVALUACIÓN: 21/10/2020

Componente	Código	Medida Mínima de Control	Nivel de Cumplimiento	Descripción de los hallazgos	Acciones correctivas por componente	Responsable(s)	I Octubre 2020- Diciembre 2020	II Enero 2021- Marzo 2021	III Abril 2021- Junio 2021	IV Julio 2021- Setiembre 2021
Ambiente de Control	A1304	¿Se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad?	Parcial	No se han formalizado por escrito las responsabilidades y tareas específicas de los colaboradores en los distintos procesos de la unidad	Elaborar el oficio de designación de responsabilidades y tareas al compañero que falta (Jorlando Calvo Elizondo)	Dr. José Luis Miranda C.				100%
Sistemas de Información	I1606	¿Se aplican en la unidad organizativa sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo; y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Parcial	No existen en la unidad organizativa todos los sistemas de información que faciliten el control de asuntos administrativos clave de la unidad (por ejemplo control ingreso y recepción de correspondencia, control de consecutivos de oficios, asuntos en trámite dentro de la unidad organizativa y monitoreo y control de los trabajos realizados por los funcionarios)	Continuar con los sistemas digitales ya implementados colaborando en su validación e implementación y solventar con sistemas y controles manuales lo que no se ha completado	Dr. José Luis Miranda C.	25%	25%	25%	25%
	I1607	¿Permiten los sistemas de información implementados en la unidad organizativa controlar recursos, riesgos y limitaciones?	Parcial	No hay sistemas de información para todo lo que es controlar recursos, riesgos y limitaciones, esto como "Sistemas" propiamente dichos, pero existen bases de datos, boletas de traslado y protocolos institucionales para tales fines. Pero si existen algunos sistemas de información funcionando.	Continuar con los sistemas digitales ya implementados colaborando en su validación e implementación y solventar con sistemas y controles manuales lo que no se ha completado	Dr. José Luis Miranda C.	25%	25%	25%	25%

\* Esta información debe ser programada para el periodo 2021. Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La información anterior se detalla en el siguiente documento PDF:



GA Área Rectora  
Salud Barranca.pdf



GA Área Rectora  
Salud Quepos.pdf



GA Área Rectora  
Salud Puntarenas-Chc



GA Área Rectora  
Salud Peninsular.pdf



GA Área Rectora  
Salud Parrita.pdf



GA Área Rectora  
Salud Orotina y San N



GA Área Rectora  
Salud Montes de Oro.



GA Área Rectora  
Salud Garabito.pdf



GA Área Rectora  
Salud Esparza.pdf

## ANÁLISIS INSTITUCIONAL

### Nivel Central

En este nivel de gestión institucional, se determina que Asuntos Jurídicos y Dirección de Desarrollo Humano, son las Unidades Organizativas con cumplimiento del 100% en los componentes del Sistema de Control Interno.

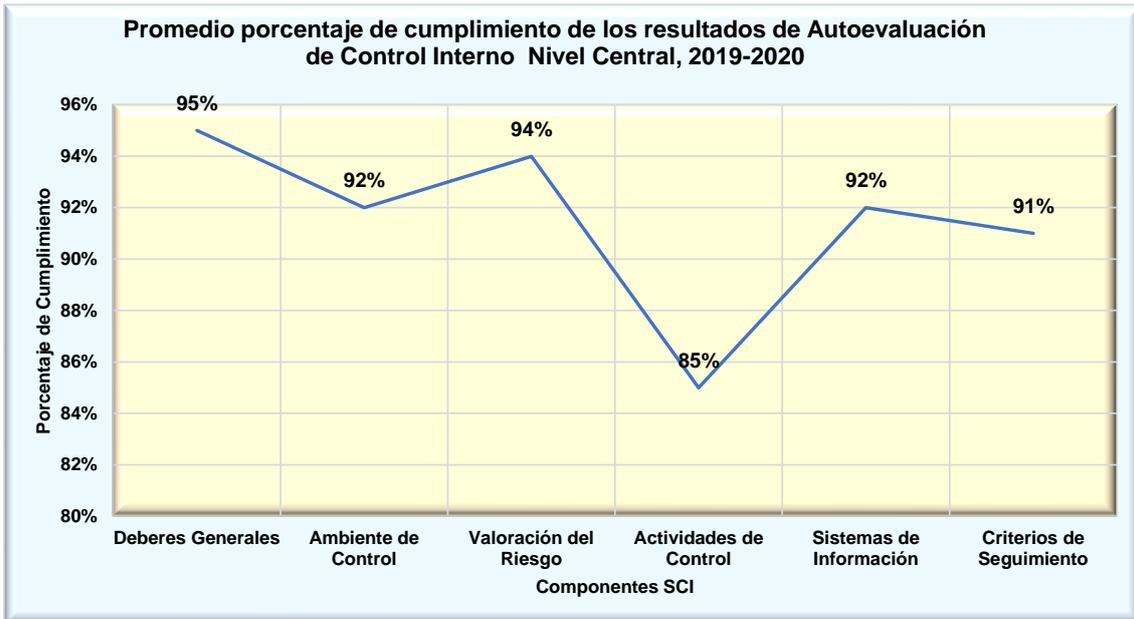
El promedio total de cumplimiento para el Nivel Central es del 91%, aumentando un punto porcentual con respecto a la autoevaluación del periodo 2018-2019, donde el cumplimiento fue del 90%.

Faltaron de remitir la Guía de Autoevaluación las siguientes Unidades Organizativas del Nivel Central Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, Dirección General de Salud, Comunicación y la Dirección Financiera, Bienes y Servicios, que no entrega por tercer año consecutivo la autoevaluación del SCI.

**Cuadro No. 188**  
Promedio porcentual de cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno, por parte de las Unidades Organizativas del Nivel Central, según los resultados de la Guía de Autoevaluación 2019-2020, Ministerio de Salud

Unidad Organizativa (UO)	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Promedio porcentual UO
Asuntos Jurídicos	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>
Relaciones Internacionales	100	100	100	91	100	100	<b>99</b>
Dirección de Planificación	100	100	100	91	100	100	<b>99</b>
División Administrativa	100	100	100	82	100	100	<b>97</b>
Dirección de Desarrollo Humano	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>
Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud	83	100	100	100	100	100	<b>97</b>
Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario	100	69	89	100	90	80	<b>88</b>
Dirección de Servicios de Salud	100	69	33	36	30	40	<b>51</b>
Dirección Vigilancia de la Salud	75	77	100	100	100	100	<b>92</b>
Dirección de Atención al Cliente	100	85	100	82	100	60	<b>88</b>
Contraloría de Servicios	100	100	100	73	100	100	<b>96</b>
Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental	80	92	100	82	90	100	<b>91</b>
Secretaría Técnica de Salud Mental	100	100	100	73	80	100	<b>92</b>
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>95%</b>	<b>92%</b>	<b>94%</b>	<b>85%</b>	<b>92%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

En este nivel de gestión el componente Actividades de Control presenta el menor promedio de cumplimiento con 85%, y Deberes Generales con el mayor promedio de cumplimiento con 95%, que en comparación con el periodo anterior disminuyó en un punto porcentual.

### Acciones de Mejora

Para este nivel de gestión institucional las diferentes unidades organizativas programaron para implementar en el año 2021 un total de 63 acciones de mejora.

**Cuadro No. 189**  
Total Acciones de Mejora por Unidad Organizativa del Nivel Central y Componente del Sistema de Control Interno, según los resultados de la Guía de Autoevaluación 2019-2020, Ministerio de Salud

Unidad Organizativa (UO)	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR UO
Asuntos Jurídicos	0	0	0	0	0	0	0
Relaciones Internacionales	0	0	0	0	0	0	0
Dirección de Planificación	0	0	3	0	3	0	6
División Administrativa	0	0	0	2	0	0	2
Dirección de Desarrollo Humano	0	0	0	0	0	0	0
Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud	1	0	0	0	0	0	1
Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario	1	3	1	1	1	2	9
Dirección de Servicios de Salud	0	4	6	7	7	3	27
Dirección Vigilancia de la Salud	1	2	0	0	0	0	3
Dirección de Atención al Cliente	0	2	0	2	2	2	8
Contraloría de Servicios	0	0	0	1	0	0	1
Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental	1	1	0	2	1	0	5
Secretaría Técnica de Salud Mental	0	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA POR COMPONENTE DEL SCI</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>63</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La Dirección de Servicios de Salud programó para su implementación en el periodo 2021 un total de 27 acciones de mejora, debido a que obtuvo 51% de promedio de resultado en el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno en la autoevaluación 2019-2020. Las unidades organizativas con menos acciones de mejora programadas son Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud, Contraloría de Servicios y Secretaría Técnica de Salud Mental con 01 cada una.

Las siguientes unidades organizativas no programaron acciones de mejora por cumplir en 100% la autoevaluación de Control Interno, Asuntos Jurídicos, Relaciones Internacionales y la Dirección de Desarrollo Humano.

El componente que presenta más acciones de mejora es Actividades de Control, que reflejo un 85% de promedio de cumplimiento para el Nivel Central en la autoevaluación del SCI 2019-2020.

Para el Nivel Central la pregunta del componente Actividades de Control C1501 ¿Cuentan todos los procesos con manuales de procedimientos físicos o digitales actualizados?, presentó la mayor cantidad de acciones de mejora con cinco.

## Nivel Regional

El Nivel Regional de gestión institucional, refleja un promedio de cumplimiento general de 92%, que comparándolo con el periodo 2018-2019 (88%) incremento en 04 puntos porcentuales el cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

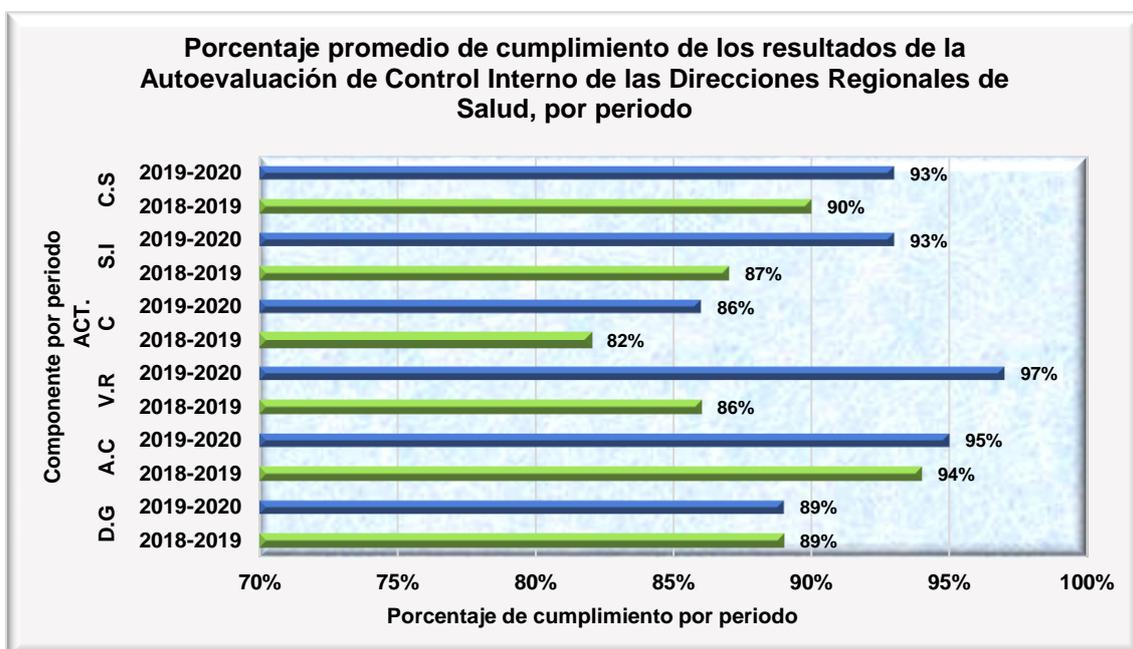
La Región Huetar Caribe indica el promedio de cumplimiento más alto con 100%, y con el más bajo la Región Central Sur con 75%.

**Cuadro No. 190**  
Promedio porcentual de cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno, por parte de las Direcciones Regionales de Salud, según los resultados de la Guía de Autoevaluación por periodo, Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud (DRS)	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del Riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio porcentual DRS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Central Occidente	100	100	85	100	100	100	100	73	64	80	100	100	92	92
Central Este	86	100	92	85	100	100	91	91	100	100	100	100	95	96
Chorotega	86	83	100	100	100	100	82	91	100	100	100	100	95	96
Central Norte	86	100	92	100	43	100	36	64	36	100	80	100	62	94
Brunca	100	50	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100	100	90
Huetar Caribe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Central Sur	57	67	77	75	44	88	91	82	82	80	33	60	64	75
Huetar Norte	86	100	100	92	89	89	82	97	100	100	100	80	93	93
Pacífico Central	100	100	100	100	100	100	55	82	100	80	100	100	92	93
<b>PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO</b>	<b>89%</b>	<b>89%</b>	<b>94%</b>	<b>95%</b>	<b>86%</b>	<b>97%</b>	<b>82%</b>	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>93%</b>	<b>90%</b>	<b>93%</b>	<b>88%</b>	<b>92%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

A nivel regional el componente Actividades de Control al igual que el periodo anterior presenta el nivel de cumplimiento más bajo con 86%, pero incrementando en 04 puntos porcentuales y el componente Valoración del Riesgo el de mayor cumplimiento con 97% para el periodo 2019-2020, y de mayor crecimiento en comparación con el periodo 2018-2019.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

## Acciones de Mejora

Las Direcciones Regionales de Salud establecieron la programación de un total de 42 acciones de mejora como resultado de la aplicación de la autoevaluación del Sistema de Control.

**Cuadro No. 191**  
Total Acciones de Mejora por Dirección Regional de Salud y Componente del SCI, según los resultados de la Guía de Autoevaluación 2019-2020, Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud (DRS)	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Total Acciones de Mejora por DRS
Central Occidente	0	0	0	3	2	0	5
Central Este	0	2	0	1	0	0	3
Chorotega	1	0	0	1	0	0	2
Central Norte	0	0	0	4	0	0	4
Brunca	3	0	0	1	0	0	4
Huetar Caribe	0	0	0	0	0	0	0
Central Sur	3	6	1	2	2	2	16
Huetar Norte	0	1	1	0	0	1	3
Pacífico Central	0	0	0	2	3	0	5
<b>Total Acciones de Mejora por Componente del SCI</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>42</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

La Dirección Regional de Salud Central Sur, es la que indica más acciones de mejora con 16, y la de menos acciones es la Dirección Regional de Salud Chorotega 02, además Dirección Regional de Salud Huetar Caribe presenta cero acciones por cuanto cumplió en un 100% la autoevaluación del SCI 2019-2020.

En el Nivel Regional el componente Actividades de Control es el que muestra más acciones de mejora con un total de 14 programadas para su implementación, en congruencia al menor promedio de cumplimiento de la autoevaluación 2019-2020 con 86% para este componente del SCI. Así como Valoración del Riesgo es el componente para el Nivel Regional con menos acciones de mejora programadas.

Para este nivel de gestión la pregunta del componente Actividades de Control C1502 ¿Los manuales de procedimientos existentes son congruentes con las funciones que realiza el proceso?, presentó la mayor cantidad de acciones de mejora con cuatro.

## **NIVEL LOCAL**

El Nivel Local de gestión institucional, se determina un promedio de cumplimiento general de 91%, comparándolo con el periodo 2018-20219 disminuyo en 02 puntos porcentuales.

El Área Rectora de Salud Central Este destaca por tener el mayor nivel de cumplimiento 99%, incrementando en 03 puntos porcentuales en relación con el periodo anterior, y las Áreas Rectoras de Salud Central Occidente y Huetar Norte como las de menor promedio de cumplimiento con 86% para los componentes del Sistema de Control Interno.

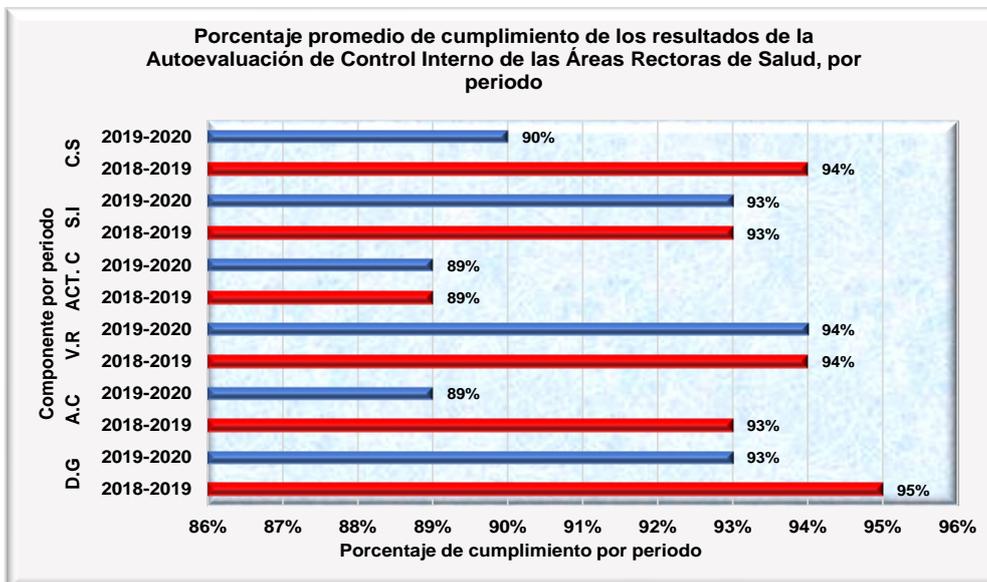
Los componentes Ambiente de Control y Actividades de Control indican el menor promedio de cumplimiento con 89%, y Valoración del Riesgo reporta el mayor promedio de cumplimiento con 94%.

Cuadro No. 192

Promedio porcentual de cumplimiento de los componentes del Sistema de Control Interno, por parte de las Áreas Rectoras de Salud, según los resultados de la Guía de Autoevaluación por periodo, Ministerio de Salud

Áreas Rectoras de Salud (ARS)	Deberes Generales		Ambiente de Control		Valoración del Riesgo		Actividades de Control		Sistemas de Información		Criterios de Seguimiento		Promedio porcentual ARS	
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020
Central Occidente	94	90	92	81	91	93	68	75	78	86	100	88	87	86
Central Este	90	100	98	99	98	100	96	98	97	98	98	100	96	99
Chorotega	95	89	90	87	89	96	87	93	96	94	87	93	91	92
Central Norte	95	96	91	91	97	92	84	88	89	93	88	83	91	91
Brunca	93	87	87	78	86	100	98	91	99	96	92	92	93	91
Huetar Caribe	98	100	97	95	100	98	97	99	100	95	94	93	98	97
Central Sur	92	92	88	89	90	91	85	86	87	88	92	88	89	89
Huetar Norte	100	93	96	92	98	77	94	79	97	92	97	84	97	86
Pacífico Central	100	92	96	86	98	95	94	96	97	92	98	93	97	92
PROMEDIO PORCENTUAL POR COMPONENTE Y PERIODO	95%	93%	93%	89%	94%	94%	89%	89%	93%	93%	94%	90%	93%	91%

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.



Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

## Acciones de Mejora

En este nivel de gestión institucional se programaron 405 acciones de mejora por parte de las Áreas Rectoras de Salud, como resultado de la aplicación de la autoevaluación 2019-2020 para implementarse en el año 2021. Las Áreas Rectoras de Salud de la Región Central Sur indica 121 acciones de mejora, que es el 30% del total de acciones establecidas por el Nivel Local.

Los componentes que indican más acciones de mejora son Ambiente de Control con 122 y Actividades de Control con 83 acciones, que a su vez presentaron 89% de cumplimiento en la autoevaluación del SCI 2019-2020.

**Cuadro No. 193**  
Total Acciones de Mejora de las Área Rectora de Salud por Región y Componente del SCI, según los resultados de la Guía de Autoevaluación 2019-2020, Ministerio de Salud

Región	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Total Acciones de Mejora de las ARS por Región
Central Occidente	2	17	3	8	7	3	40
Central Este	0	1	0	5	4	0	10
Chorotega	8	21	5	11	9	4	58
Central Norte	3	12	10	11	9	13	58
Brunca	4	14	0	5	2	3	28
Huetar Caribe	0	5	4	3	6	2	20
Central Sur	9	30	17	29	24	12	121
Huetar Norte	2	6	7	8	7	1	31
Pacífico Central	5	16	3	3	10	2	39
<b>Total Acciones de Mejora por Componente del SCI</b>	<b>33</b>	<b>122</b>	<b>49</b>	<b>83</b>	<b>78</b>	<b>40</b>	<b>405</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

Para este nivel de gestión la pregunta del componente Ambiente de Control A1310 ¿Conocen los funcionarios el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente?, presentó la mayor cantidad de acciones de mejora con veintidós.

## CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS NIVELES DE GESTIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD.

El promedio porcentual de cumplimiento para los componentes del Sistema de Control Interno en la aplicación de la autoevaluación entre los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud es del 91%, el componente de mayor cumplimiento es Valoración del Riesgo con 95% y el de menor promedio de cumplimiento Actividades de Control con 87%.

Por lo indicado anteriormente y tomando en consideración la realidad país a causa de la pandemia del COVID 19, y que la institución al ser el rector en Salud le ha

correspondido destinar los recursos necesarios para atender a la ciudadanía, se puede concluir que el nivel de cumplimiento es muy bueno.

**Cuadro No. 194**  
**Promedio porcentual de cumplimiento de los Componente del SCI, por nivel de gestión institucional según los resultados de la Guía de Autoevaluación 2019-2020, Ministerio de Salud**

Nivel de Gestión Institucional	Deberes Generales	Ambiente de Control	Valoración del Riesgo	Actividades de Control	Sistemas de Información	Criterios de Seguimiento	Total Acciones por Nivel de gestión
<b>CENTRAL</b>	95	92	94	85	92	91	<b>91</b>
<b>REGIONAL</b>	89	95	97	86	93	93	<b>92</b>
<b>LOCAL</b>	93	89	94	89	93	90	<b>91</b>
Total Acciones de Mejora por Componente del SCI	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>95%</b>	<b>87%</b>	<b>93%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>

Fuente: Información obtenida del proceso de Autoevaluación 2019-2020.

## **CONCLUSIONES RESPONSABILIDAD DE UNIDADES ORGANIZATIVAS**

Una vez realizado el análisis de las Autoevaluaciones de cada una de las unidades organizativas de la Institución sobresale lo siguiente:

1. De acuerdo con los resultados obtenidos a nivel del Ministerio de Salud, se determina que no se han formalizado por escrito las responsabilidades y funciones de los funcionarios en los distintos procesos de la unidad. Situación que ha permanecido los últimos años.
2. No todos los procesos cuentan con manuales de procedimientos, además algunos de los existentes no son congruentes con las funciones que realiza el proceso, aspecto que debe ser solucionado, debido a que este aspecto se ha reiterado en las últimas autoevaluaciones de control interno.
3. No se contempla el desarrollo de actividades de evaluación y mejoramiento continuo de los controles aplicados.
4. No se han divulgado a los funcionarios de algunas unidades organizativas las responsabilidades y sanciones contempladas en el Artículo No. 41 en la Ley General de Control Interno.

5. No se han formalizado procedimientos para el archivo de documentación, con fundamento en el artículo N°.39 de la Ley N°.7202 del Sistema Nacional de Archivos.
6. Los componentes Ambiente de Control y Actividades de Control generaron la mayor cantidad de acciones de mejora.

### **CONCLUSIONES DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL**

1. Los sistemas de información no permiten obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional. Debilidad en la institución manifestada en las autoevaluaciones de control interno.
2. Es necesario continuar con los ajustes de los manuales de procedimientos ya que se evidencia que algunos se encuentran desactualizados; proceso que debe realizarse en forma conjunta con los responsables de cada procedimiento.
3. Algunas Unidades Organizativas no tiene conocimiento, de la existencia de Plan Estratégico de Gestión Integral de la Información.
4. No se han diseñado instrumentos para la medición de la eficacia de las medidas minimizadoras del riesgo.
5. A pesar de que el informe de Autoevaluación se publica en el portal web del Ministerio de Salud, el mismo no se socializa en sus tres niveles de gestión institucional.

## RECOMENDACIONES

A continuación, se anotan las recomendaciones que se consideran pertinentes para mejorar el funcionamiento del Proceso de Gestión del Control Interno a Nivel Institucional:

1. Que el Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación elabore en conjunto con las Unidades Organizativas competentes un diagnóstico a fin de se pueda priorizar los sistemas de información que se deben fortalecer, para que estos permitan obtener, procesar, almacenar y recuperar información relevante sobre la gestión institucional.
2. Formalizar por escrito las responsabilidades y funciones que corresponden a cada uno de los colaboradores por parte de las unidades organizativas.
3. Que las unidades organizativas cuenten con los manuales de procedimientos, además que los existentes estén actualizados para que sean congruentes con las funciones que realizan estas.
4. Que se verifique que las actividades incluidas en el Plan de Mejora que se incorporan al Plan Operativo Institucional efectivamente se realicen.
5. Que se genere un proceso de comunicación sobre temas de Control Interno, para mantener informados a los funcionarios de la institución y que promueva una cultura sobre el tema.
6. Es importante que se analicen los resultados obtenidos en la Autoevaluación 2019-2020 a Nivel Local, dado las 405 acciones de mejora que se programaron por las diferentes Áreas Rectoras de Salud (Nivel Local).