

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Al ser las dieciséis horas con veintiocho minutos del lunes trece de junio del dos mil dieciséis, se da inicio a la sesión ordinaria del Consejo Directivo N° 34-06-2016, celebrada en Oficinas Centrales, con el siguiente quórum:

ARTÍCULO PRIMERO: COMPROBACIÓN DEL QUÓRUM:

Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Directora, Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director

Al no estar presente el señor Presidente y la señora Vicepresidenta, somete a votación el siguiente acuerdo.

ACUERDO N° 251-06-2016

POR TANTO, SE ACUERDA.

Nombrar como Presidenta Ad Hoc para la sesión 034-06-2016 a la Licda. María Eugenia Badilla Rojas.

Las señoras y señores directores: Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, votan afirmativamente el anterior acuerdo.

AUSENTE CON JUSTIFICACION: MSc. Emilio Arias Rodríguez, Presidente, MSc. Verónica Grant Diez, Vicepresidenta.

INVITADOS E INVITADAS EN RAZON DE SU CARGO:

MSc. Edgardo Herrera Ramírez, Auditor General, Lic. Gerardo Alvarado Blanco, Gerente General, Lic. Berny Vargas Mejía, Asesor Jurídico General, Lic. Daniel A. Morales Guzmán, Subgerente de Soporte Administrativo, MBA. Geovanny Cambroner, Subgerente de Gestión de Recursos, MBA. Tatiana Loaiza Rodríguez, Coordinadora Secretaría Consejo Directivo

ARTICULO SEGUNDO: LECTURA Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, da lectura del orden del día. Debido a la ausencia del Presidente Ejecutivo, la Presidenta Ad Hoc

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

solicita trasladar el punto 5.1 para una próxima sesión. Una vez realizado los cambios anteriores al orden de día, procede a someterlo a votación.

Las señoras y señores Directores manifiestan estar de acuerdo.

ARTÍCULO TERCERO: APROBACIÓN DE LAS ACTAS No. 02-E-05-2016 y No. 26-05-2016.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, somete a votación el **Acta N° 02-E-05-2016**.

ACUERDO N° 252-06-2016

POR TANTO, SE ACUERDA.

Aprobar el Acta N° 02-E-05-2016 de fecha 11 de mayo de 2016.

Las señoras y señores Directores: Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, y la Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Directora y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, aprueban el acta anterior.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, somete a votación el **Acta N° 26-05-2016**.

La Licda. Ericka Valverde manifiesta que hizo llegar a la Secretaría observaciones de forma sobre esta acta.

La Licda. María Eugenia Badilla indica que también hizo llegar observaciones de forma sobre esta acta.

ACUERDO N° 253-06-2016

POR TANTO, SE ACUERDA.

Aprobar el Acta N° 26-05-2016 de fecha 12 de mayo de 2016.

Con las observaciones realizadas, las señoras y señores Directores: Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, y la

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Directora y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, aprueban el acta anterior.

ARTÍCULO CUARTO: ASUNTOS GERENCIA GENERAL

4.1 ANÁLISIS DEL INFORME GESTIÓN DE RIESGOS 2015, SEGÚN OFICIO GG-1058-05-2016.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, solicita la anuencia de la Licda. Guadalupe Sandoval, Jefa de Control Interno.

Las señoras y señores manifiestan su anuencia.

El Lic. Gerardo Alvarado introduce explicando que en este informe se hace un detalle de los resultados del proceso de valoración de riesgos institucional y donde además, se plantea una priorización de los mismos, así como las medidas de administración que serán implementadas en este año 2016, para su correcta administración e ir mitigando poco a poco estos riesgos de acuerdo con su priorización. Esta valoración de riesgos y esta priorización, así como las medidas de administración fueron elaboradas por cada una de las unidades institucionales, de acuerdo con las metodologías que a lo interno están establecidas, recopiladas, consolidadas con el acompañamiento de la Unidad de Control Interno. Posteriormente fueron sometidas a conocimiento y aprobación de la Comisión Gerencial de Control Interno establecida en la Institución, conformada por las Subgerencias, Planificación Institucional, Control Interno y la Gerencia General.

Agrega que este informe ha pasado por todas las instancias que corresponde, para llegar entonces a este término que es propiamente a conocimiento, y si así lo tienen a bien, aprobación de este Órgano Supremo de la Institución.

La Licda. Guadalupe Sandoval expone la presentación "Informe Gestión de Riesgos 2015", la cual forma parte integral de esta acta.

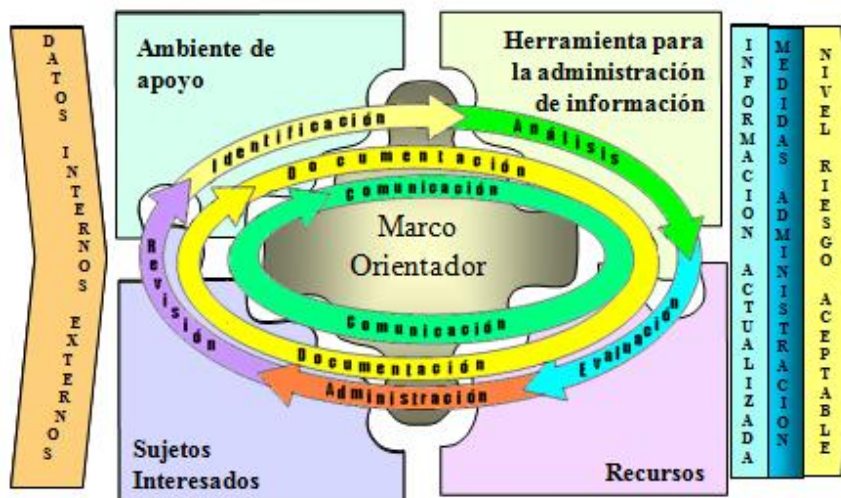
La Licda. Sandoval explica que este es informe que muestra los principales resultados de la Gestión de Riesgos durante el año 2015 y las acciones de mitigación para este año 2016.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

A manera de introducción expone que como parte del Sistema de Control Interno, se realiza una valoración de riesgo institucional de manera que permita determinar el nivel de riesgo institucional y tomar las medidas de administración necesarias para ubicar al IMAS en un nivel aceptable de riesgos para el cumplimiento de los planes y metas establecidos.

De acuerdo a lo establecido por la Contraloría General de la República, este sistema no se realiza solamente por cumplir, sino que es todo un sistema que permite brindar información actualizada para que se tomen decisiones y se atiendan aquellos puntos que pueden estar afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales, y por lo tanto, alcanzar lo que es la misión y la visión de la Institución.

Indica que este sistema está compuesto por cinco componentes o cinco grandes áreas, las cuales están representadas en el siguiente gráfico:



Al ser las 16:42 horas ingresa la Licda. Mayra González, Directora.

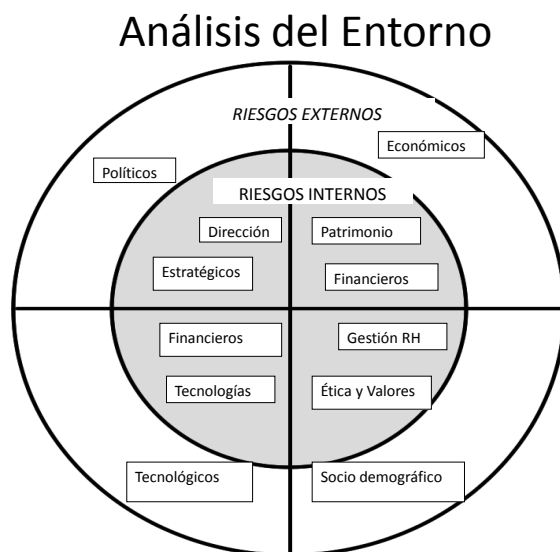
**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Todas esas actividades que se señalan en el gráfico como en flechas, son lo que se lleva a cabo año a año. La Institución se lleva de manera cíclica cada tres años y se inicia con esas actividades. Para esto se cuenta con un documento que se llama Marco Orientador, en este documento se establecen las líneas o las pautas por las cuales se lleva a cabo este proceso de valoración, de manera que ninguna Unidad se separe de una metodología única para la Institución.

Las acciones que realizaron en el año 2015 para el funcionamiento de ese sistema, y que todos esos 5 componentes funcionen articuladamente son las siguientes:

- Revisión y actualización del Marco Orientador.
- Identificación de riesgos 2015 con Unidades del Nivel Central (inicio en junio).
- Cierre de ciclo 2012-2014 (revisión de riesgos y seguimiento medidas administración).

Los resultados para el año 2015, lo primero que se realizó fue un análisis del entorno, el cual se representa gráficamente de la siguiente manera:



En el marco orientador se definen los diferentes riesgos que podrían afectar a las instituciones o a esta institución en sus diferentes procesos y actividades. Entonces, se separan los riesgos, en riesgos externos que son afectados o

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

generados por factores externos como es la parte política, la parte económica país, la parte de aspectos tecnológicos y lo que tiene que ver propiamente con aspectos socio demográficos. En este caso, para el IMAS se consideró pues que estos eran los principales factores externos que podrían afectar que se cumplan con el POI y con los planes operativos de las unidades.

También se identifican algunos factores a lo interno de cada una de las unidades. ¿Cuáles son esos factores de riesgo que podrían afectar a las unidades? Ahí se encuentra lo que tiene ver con dirección, lo que tendría que ver con dirección, con la parte financiera la cual es muy importante para la Institución, la protección del patrimonio y la parte financiera, lo que tiene que ver con gestión de recurso humano, la parte de tecnologías de información, y ética y valores.

Explica que a partir de ese análisis del entorno y de esos factores de riesgo, todas las unidades del nivel central hicieron la valoración de esos factores y cuáles podrían afectarle. En el siguiente cuadro se muestra la cantidad de riesgos que fueron identificados por estas unidades a nivel central y la categoría de los riesgos:

Riesgos Vinculados al POG

Unidad*	Bajos	Moderado	Alto	Extremo
Contraloría de Servicios	0	3	0	0
Asesoría Jurídica	3	0	2	2
Desarrollo Humano	1	0	2	0
Secretaría Técnica Redes de Cuido	9	4	2	0
Tecnologías de Información	2	2	0	0
Unidad de Equidad e Igualdad de Género	0	2	2	2
Secretaría de Actas de Consejo Directivo	0	2	2	0
Unidad de Control Interno	1	2	5	1
Área de Acción Social y Administración de Instituciones	3	1	3	5
Planificación	0	1	1	4

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Bienestar Familiar	0	1	2	2
Desarrollo Socioeducativo	2	2	0	1
Desarrollo Socioproductivo	4	0	3	2
Sistemas de Información Social	0	1	3	2
Captación de Recursos	3	0	0	0
Administración Tributaria	2	0	1	1
Donaciones	0	0	2	1
Empresas Comerciales	3	2	3	1
Contabilidad	3	0	0	0
Presupuesto	5	2	1	0
Tesorería	2	2	2	0
Proveeduría	1	0	4	1
TOTAL 136 Riesgos	44	27	40	25

*No se encuentran en este proceso el Área de Administración Financiera y Área de Servicios Generales.

Los riesgos son evaluados en probabilidad y consecuencia, de manera tal que se puedan priorizar. Pueden haber muchos riesgos, pero no todos son necesario administrarlos, algunos podría ser que los controles que ya tienen las unidades implementados son lo suficientemente fuertes y no es necesario pues hacer ninguna acción de mitigación.

En el cuadro anterior se pueden ver toda la cantidad de riesgos identificados por las diferentes unidades. En color rojo está resaltado en la última columna donde dice extremo los riesgos más peligrosos para la institución, son los riesgos que fueron evaluados como más altos.

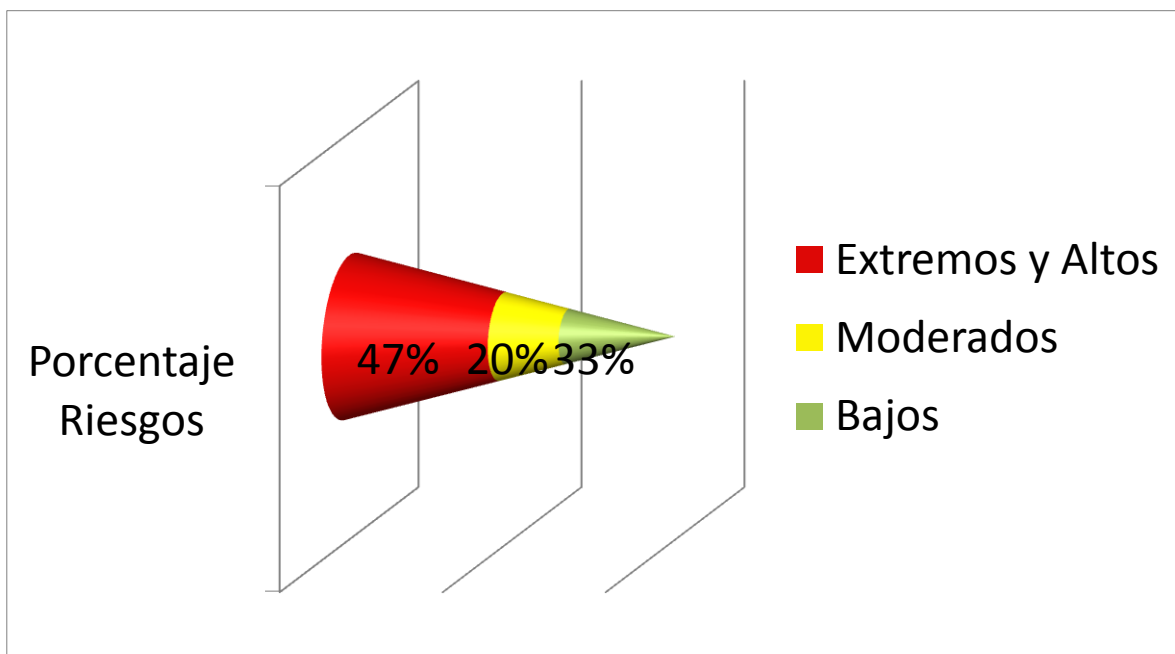
Indica que en la Institución se estableció un nivel de riesgo institucional, lo que quiere decir que de esa valoración de todas esas unidades, se debe determinar hasta donde se van a administrar los riesgos y hasta donde se van a aceptar estos riesgos. Aceptarlos, porque hay algunos eventos o factores de riesgo que son

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

imposibles de eliminar, por más medidas de administración que se implementen, pero estos deben quedar en un nivel aceptable para la institución.

De acuerdo a lo que se estableció en el Marco Orientador, hay un parámetro institucional que indica que podría decir que estamos en un Nivel de Riesgo institucional aceptable cuando el 25% de los riesgos evaluados y analizados, se encuentren en nivel extremo y alto.

Los resultados del 2015 se expresan en el siguiente gráfico:



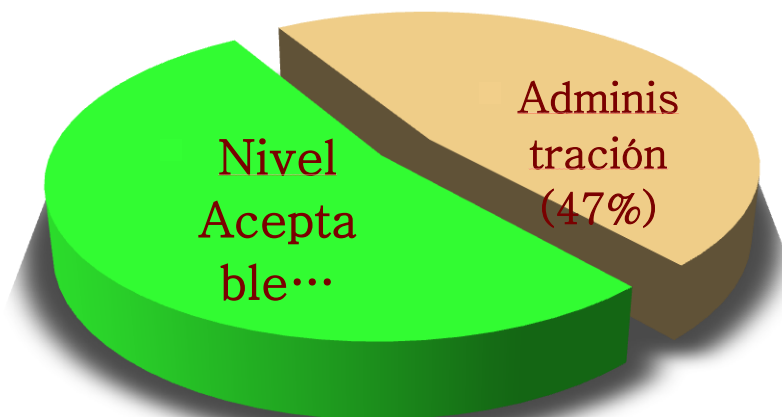
Parámetro institucional es de un 25% (Extremos y Altos).
Resultados (47%): 18% nivel extremos y 29% Altos.

Al indicarse que se está muy por encima del parámetro aceptable (47%), lo que quiere decir es que se debe implementar con un grado de prioridad o rapidez las medidas de administración para que podamos decir que se ha llegado a un nivel de riesgo aceptable para la Institución. Aceptable es que se logrará el cumplimiento de las metas y no nos vamos a ver entorpecidos en el camino de acuerdo a los riesgos evaluados por las unidades.

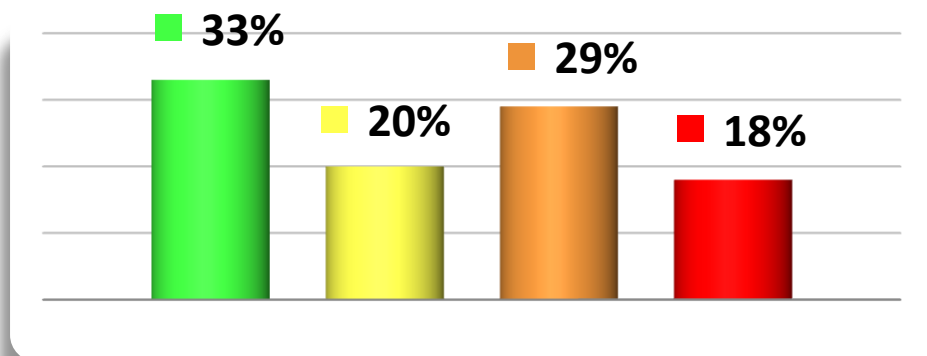
**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Indica que las acciones se enfocaran en ese 47%. Lo ideal sería llegar al 0%, cero riesgos extremos y altos, pero eso es difícil.

Además a partir de esa valoración se definió una Administración de Riesgos representado en el siguiente gráfico:



En el gráfico siguiente se presentan los riesgos por cada uno de sus niveles, pues lo que se busca es que los niveles naranja y rojos, pasen a ser verde o amarillo, es decir los niveles aceptables.

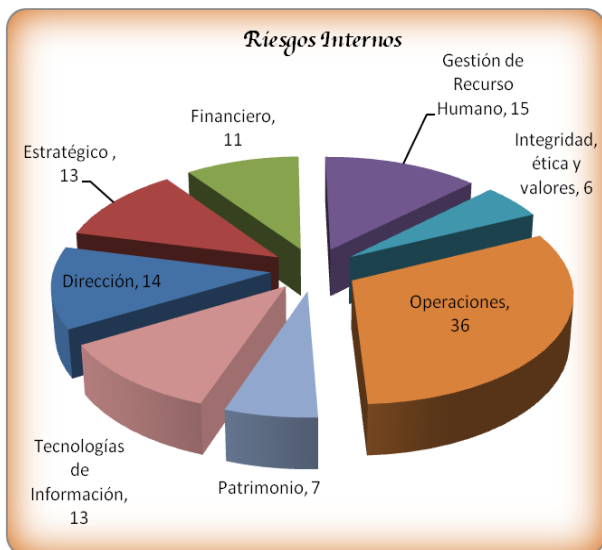


Para eso es la Administración, y todo este proceso y ejercicio de valoración de riesgos. Lo que busca es lograr identificar esos eventos que van a afectar o que

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

pueden estar afectando, atenderlos, administrarlos y disminuirlos, y llevar a la Institución a un nivel de riesgo de aceptabilidad. Se van a cumplir los planes, hay controles establecidos adecuadamente, no habrá situaciones de problemas que entorpezcan el cumplimiento de las metas.

La Licda. Guadalupe Sandoval expone que estos riesgos también son analizados en relación a sus factores de riesgos, se categorizan. Para eso se han establecido de acuerdo al análisis del entorno la cantidad de riesgos, lo cual se puede observar en los siguientes gráficos:



Expone ¿Cuáles son esos riesgos, esos factores o situaciones que las unidades están planteando?

- **Económico - externo**
Evento: Variación hacia la baja del tipo de cambio.
- **Dirección – Interno**
Evento: Se presenta una deficiencia en la definición de los parámetros para la asignación y ejecución de beneficios.
- **Financiero- Interno**
Evento: Ingresos recibidos son insuficientes (ejecución no programada).
- **Estratégicos – Interno**
Evento: La planificación no responde a las necesidades del país.
- **Gestión de Recursos Humanos –Internos**

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Evento: Procesos de Recursos Humanos se vean afectados por deficiencias.

- **Protección del Patrimonio –Interno**

Evento: La entrega de bienes y/o servicios no cumplen con requisitos de calidad adecuados a la realidad del mercado o en forma oportuna.

Algunos ejemplos de los riesgos que se van a administrar en este año 2016 se representan de la siguiente manera:



La Licda. Ericka Valverde agradece la presentación, a su vez realiza observaciones con respecto al documento Informe Gestión de Riesgos 2015. Quiere rescatar dos aspectos. El primero de ellos es el que se señala en la página 2, con respecto a que las Unidades participaron en las fases de identificación y priorización de esos riesgos, indica que le interesa recobrar el tema de que este es un proceso participativo, lo cual es muy importante, pues se señala muy acertadamente que esto no solamente sirve de información, sino para identificar las verdaderas necesidades que hay en las Unidades. Pero también, al ser un enfoque participativo, en este proceso de Gestión de Riesgos hay posibilidad de que las personas se involucren y sientan responsabilidad y proactividad con respecto a las medidas que hay que tomar, y que además se deben fortalecer y preservar.

Otro aspecto que desea recobrar es en la página 7, donde dice que para el 2015 se evidencia que la Gestión de Riesgos utilizando como punto de partida los factores categoría y fuente de riesgos que afectan cada objetivo funcional de las Unidades, nos da como resultado una cantidad menor de riesgos que en años anteriores, y evaluaciones con menor número de riesgos para los niveles más altos. Es decir, que aunque haya esa cantidad importante de riesgos que hay que asumir, no se debe perder de vista que se va avanzando.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

La Licda. Valverde indica que tiene una preocupación, porque mencionan en la página 5 lo siguiente: “De la totalidad de las sesiones realizadas con las Unidades, no se obtuvo una respuesta al 100% de parte de las Unidades, debido a que en primera instancia al Área de Administración Financiera se le otorgó un plazo para realizar la identificación de sus riesgos superior al resto de la Institución, considerando el período de elaboración y entrega a la Contraloría General de la República del presupuesto del IMAS; pero sin embargo remitió su respuesta a destiempo y ha omitido el diseño de su Plan de Administración por más de 2 meses”. Esto le preocupa mucho porque se está hablando del Área de Administración Financiera, por lo que desea saber cuál es la situación y cuáles son los peligros de esta situación, y cómo se puede subsanar para que cuenten con ese diseño de su plan que se menciona, y qué podría hacer el Consejo Directivo para facilitar el apoyo para que esto sea posible.

La Licda. Guadalupe Sandoval comenta que en el momento en que se hizo este informe, había dos unidades que fueron el Área Financiera y Servicios Generales, que no concluyeron con todas las Unidades el proceso de valoración de riesgos. Ante esta situación, se presentó en la Comisión Gerencial los resultados y se acordó que se iba a tratar de que esas unidades completaran en ese periodo. En ese caso el Subgerente Daniel Morales ayudó y coordinó con estas unidades para que ese proceso se llevara a cabo. En diciembre se concluyó, se hizo la sesión final, al menos en el Área Financiera. Y en enero se concluyó con Servicios Generales. Ya ellos realizaron la identificación de riesgos y están en la fase de definición de planes de administración con ambas unidades. Esos resultados serán parte de la gestión de este año, pero si quedaron por fuera durante el 2015.

Resalta el hecho de que de parte de la Subgerencia de Soporte Administrativo, en el momento en que se comunicaron con ellos se hizo la gestión y trabajaron con la Unidad. En el caso del Área Financiera como se inició en el mes de junio, estaban ellos en el proceso de elaboración del presupuesto, entonces dieron el espacio para que no coincidiera las actividades del Área Financiera con la valoración de riesgos, pero si hubo un retraso en la entrega de la información bastante importante, mas sin embargo el Subgerente si les atendió en el momento que le buscaron y solicitaron que les ayudara con el tema, y si se logró.

La Licda. Mayra González consulta si estos informes de las dos Subgerencias se presentaron después del plazo que se había concedido, ¿en que afectó en cuanto

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

a la misma presentación del presupuesto? ¿Tiene esto algún contenido económico que tuviera relación con el Presupuesto del 2016?

La Licda. Guadalupe Sandoval señala que esto no afecta el presupuesto del 2016, si afecta propiamente la gestión del Sistema de Control Interno, porque retrasa en el cumplimiento de las actividades, pero no así en la parte presupuestaria de la Institución. La ley establece que toda la Institución y todos los titulares son responsables de hacer el proceso, y ahí si habría un cumplimiento. Por esta razón se acudió a la Subgerencia y también a la Gerencia General. En su momento se envió un oficio a Gerencia General, y esta inmediatamente respondió con un oficio ordenando que se cumpliera con los plazos establecidos.

Explica además, que el efecto mayor es que pudiera haber algún evento que ellos no logren identificar y que les esté afectando sus tareas o sus cumplimientos. Pero, no se podría cuantificar en presupuesto.

La Licda. Mayra González consulta si contestaron a tiempo, si tienen directrices o un reglamento por si no contestan a tiempo o que si no cumplieran puede ser sancionados administrativamente, ¿qué existe en cuanto a este Sistema de Control Interno?

La Licda. Guadalupe Sandoval indica que eso una debilidad que se tenía en el funcionamiento del Sistema. Entonces en el documento Marco Orientador, que se aprobó por el Consejo Directivo en agosto de 2015, se hizo más claro el apartado de responsabilidades. La ley establece con claridad que ante un debilitamiento del Sistema de Control Interno el tipo de sanciones, desde una amonestación por escrito hasta el despido sin responsabilidad patronal, pero el IMAS no había establecido claramente un lineamiento interno de cómo debían aplicarse esas sanciones. Se aclaró en el Marco Orientador, se indicó que la responsabilidad es de la Gerencia General y cuáles podrían ser ese debilitamiento del Sistema de Control Interno.

Expone que esto se hizo porque no estaba y entonces se tenía esa debilidad. ¿Qué pasa cuando una Unidad no contesta? ¿Cómo se debe actuar? Ya establecido con claridad en el Marco Orientador se tiene ese respaldo normativo que permita actuar en un futuro.

Agrega que la Unidad de Control Interno para minimizar esta situación. Como un mecanismo para atender esta debilidad de Control Interno o en el funcionamiento

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

del Sistema, se hizo una evaluación a las Unidades de cómo estaban cumpliendo con todas las actividades, de manera que fuera de manera positiva, dar esa devolución a las Unidades y decirles “de las actividades que se realizaron en el 2015 cumplieron con estas”, como una nota que en realidad es una realimentación. Esto se le dio a cada uno de los Subgerentes, estos lo atendieron y revisaron con sus Unidades para ir cambiando esa cultura de incumplimiento, la cual es más bien, una cultura positiva de respuesta adecuada, para que las Unidades se vayan interiorizando que se tiene una responsabilidad en cuanto a este tema y que no se puede omitir, que tiene que atenderlo en tiempo y forma.

La Licda. Mayra González consulta que siendo ellos un departamento aparte con un Sistema de Control Interno, ¿en qué se diferencia con el control interno que tiene que aplicar la Auditoría?, ya que siendo la misma ley ¿no hay duplicidad de funciones o diferencias en cuanto a evaluar? Por ejemplo, si el señor Auditor presenta algún estudio de cierta unidad o de ciertas cosas que se dejaron de hacer, ya sea administrativa, por el Consejo Directivo, etcétera, ya que le cuesta entender en qué trabajan ellos exactamente y qué es lo que el Auditor hace.

La Licda. Guadalupe Sandoval le explica que por parte de la Unidad de Control Interno es una instancia asesora y de apoyo de la Administración para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, para eso fueron creados. Dependen de la Gerencia General. Control Interno dirige procesos de manera preventiva. No son una unidad contralora, sino que asesoran a las unidades para que cumplan con lo que establece la Ley de Control Interno. Este sistema específico de valoración de riesgos establece con claridad que la Administración activa deberá tener un sistema de valoración de riesgos para lo cual deberá definir un Marco Orientador y demás.

La Unidad de Control Interno apoya a la Administración, en este caso al Jerarca y a la Gerencia General, para que se cumpla con eso que establece la ley, de tener ese sistema de valoración de riesgos. También dirigen el proceso de autoevaluación, que igualmente es una actividad que se le da la responsabilidad a la Administración activa, la cual debe realizar una autoevaluación del Sistema de Control Interno, entonces ellos como Control Interno, también dirigen ese proceso, apoyan a la Administración, al jerarca, a la Gerencia, para que cumplan con eso que establece la Ley.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Indica que la Unidad de Control Interno no es una instancia de evaluación, son una instancia de asesoría y apoyo, de manera preventiva, para que no estén debilitando el Sistema de Control Interno.

El Lic. Gerardo Alvarado comenta que en referencia a algunos aspectos previos, explica que lo que se ha venido haciendo a lo largo de los años es la construcción de una cultura orientada al control interno, más allá de un mero cumplimiento, sino que se vea como un apoyo a la gestión institucional desde cada unidad administrativa, desde cada unidad operativa o sustantiva. Entonces, el Control Interno se convierte en una herramienta de gestión que apoya al logro de las metas y los objetivos institucionales.

Indica que esto ha conllevado todo un proceso, y la Institución ha venido enfocándose a generar esa conciencia. En algunos momentos se dan situaciones, las cuales se han ido abordando precisamente a partir de capacitación, de talleres y charlas, y la misma Auditoría Interna con sus estudios ha venido dando oportunidades de mejora marcando algunas pautas de cómo se puede ir mejorando el proceso. Esto se constituye de todo un proceso, todo un abordaje sistémico, y no un abordaje meramente aislado o vinculado al cumplimiento de una normativa muerta, sino que permite mejorar la gestión y cumplir adecuadamente las metas y los objetivos institucionales.

La Licda. María Eugenia Badilla comenta que esto es importante porque toca todos los departamentos e instancias de la institución, tanto las centrales como las regionales. Es una forma de que la Administración se dé cuenta de cómo andan cada una de estas unidades y también nosotros como Consejo Directivo.

Indica que le llamó la atención la Secretaría de Actas del Consejo Directivo, donde se tiene que pensar, que primero no se pagaban horas extras para ponerse al día con las actas, ya luego se logró; posteriormente hubo por mucho tiempo un faltante de una secretaria, había código pero no nombramiento, y esto va a superar la Unidad de Secretaría de Actas del Consejo Directivo porque ya están las tres secretarías nombradas.

Cree que las directrices que han emanado para que los documentos lleguen a tiempo a este Consejo Directivo, es muy importante. Son etapas superadas, que se tiene que contemplar y agradecer a la Administración activa estos asuntos.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

El MSc. Edgardo Herrera comenta que en el artículo 12 de la Ley General de Control Interno establece como deberes del jerarca y de los titulares subordinados, la vigilancia en el funcionamiento de la Institución, y eso consiste de todos los procedimientos que ejecuta para efectuar todas las operaciones, que eso equivale a lo que es el Sistema de Control Interno. Entonces, el jerarca de este Consejo Directivo y cada jefe de unidad o departamento, son responsables por el adecuado funcionamiento del sistema, de acuerdo con la Ley General de Control Interno en el artículo 12.

Además, señala que en el artículo 17 de la Ley General de Control Interno establece la obligatoriedad de dar seguimiento y de velar por el adecuado funcionamiento del sistema, y plantea de realizar al menos una vez al año, una autoevaluación del sistema, el cómo está funcionando para mejorarlo o fortalecerlo. También el artículo 18 de esa misma Ley establece que las instituciones deben contar con un sistema específico de valoración de riesgo, es decir, identificar los riesgos, evaluarlos y tomar medidas para administrar esos riesgos para que no vaya a ocurrir un evento que vaya a impactar seriamente en el cumplimiento, principalmente en los objetivos de la Institución.

Indica que en la Institución pautó para un mejor seguimiento y funcionamiento de esas responsabilidades de hacer la autoevaluación del sistema y del sistema específico de valoración de riesgos en crear una unidad, que es la Unidad de Control Interno, que es la encargada de llevar a cabo o impulsar que todos los titulares subordinados realicen esas funciones, y ellos llevan el control de eso.

El señor Auditor explica que la Auditoría es totalmente diferente, porque la Unidad de Control Interno es una unidad de la Administración como cualquiera, está sujeta a la fiscalización de la Auditoría, ellos como Auditoría pueden en cualquier momento pueden llegar a fiscalizar la Unidad de Control Interno para ver sus planes, ver como los ha ejecutado, y los reportes o informes que ha presentado, es decir, en las responsabilidades que como Unidad se le establecieron en el momento que fueron creadas. Entonces, no hay duplicidad porque es una unidad que está apoyando a la propia Administración, pero que está sujeta a la fiscalización de la Auditoría. La Auditoría no es responsable de dar un seguimiento permanente al Sistema de Control Interno o al Sistema específico de valoración de riesgo, sino que lo fiscalizan de acuerdo con sus prioridades o importancia relativa que tenga las diferentes actividades que ejecuta la Institución.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

La Licda. María Eugenia Badilla comenta que siempre ha pensado que hay dos fuertes asesorías a este Consejo Directivo, una es la Auditoría Interna y la otra es la Asesoría Jurídica.

Al ser las 17:23 horas sale la Licda. Guadalupe Sandoval.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, solicita a la MBA. Tatiana Loaiza dar lectura del acuerdo No. **254-06-2016**.

CONSIDERANDO

1. Que de conformidad con el artículo 2 de la Ley General de Control Interno corresponde a este Consejo Directivo ser el jerarca institucional en materia de control interno.
2. Que en el artículo 19 de la Ley General de Control Interno, indica sobre la responsabilidad del jerarca y de los titulares subordinadas disponer de un sistema Especifico de Valoración de Riesgos Institucional, así como de adoptar las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del sistema para ubicarse al menos en un nivel de riesgo institucional aceptable.
3. Que mediante oficio UCI 071-05-2016 de fecha 15 de abril 2016, la Unidad de Control Interno remite a la Gerencia General el Informe de Gestión de Riesgos 2015” para el aval de la Comisión Gerencial de Control Interno.
4. Que mediante oficio UCI-0129-05 de fecha 19 de mayo 2016, se remite el documento en mención con el aval de la Comisión Gerencial de Control Interno, según lo acordado en la sesión del día 15 de marzo 2016 de dicha Comisión.
5. Que la Gerencia General en oficio GG-1058-05-2016 de fecha 25 de mayo del 2016, remite el documento “Informe de la Gestión de Riesgos 2015”.

POR TANTO, SE ACUERDA

Conocer y aprobar el “Informe de Gestión de Riesgos 2015” presentado por la Gerencia General, así como las medidas de administración de riesgos contenidas e instruir a los responsables de la implementación de las medidas de administración de riesgos definidas en dicho informe su cumplimiento en los plazo

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

establecidos, con el fin de ubicar a la Institución en un nivel de riesgos aceptable, según lo definido en las criterios de funcionamiento del SEVRI.

La Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc somete a votación el anterior acuerdo. Las señoras y señores Directores: la Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Presidenta Ad Hoc, Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, Licda. Mayra González León, Directora, y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, votan afirmativamente el anterior a cuerdo.

A solicitud de la Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc, las señoras y señores Directores declaran firme el anterior acuerdo.

4.2 ANÁLISIS DEL PLAN DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO 2016, SEGÚN OFICIO GG-0947-05-2016.

La Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc, solicita la anuencia para el ingreso de la Licda. Guadalupe Sandoval, Jefa de Control Interno.

Las señoras y señores manifiestan su anuencia.

El Lic. Gerardo Alvarado de manera introductoria comenta que en este punto se está haciendo presentación a este Consejo Directivo del Plan de Trabajo de Control Interno para el año 2016. Este plan de trabajo habitualmente se trae a valoración y aprobación de este Órgano Colegiado específicamente con base en los lineamientos que son aprobados también en el Marco Orientador del Control Interno que son aprobados por este Consejo Directivo. Este plan de trabajo marca las acciones dirigidas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno en la Institución y que están centradas en aspectos como la Autoevaluación del Sistema, la Gestión de Riesgos del CEVRI y el fortalecimiento como tal del ambiente de Control Interno.

La Licda. Guadalupe Sandoval expone la presentación “Plan de Trabajo Control Interno 2016”, la cual forma parte integral de esta acta.

Expone que los principales procesos de este Plan de Trabajo de Control Interno para el 2016. Está dividido en tres grandes procesos que se dirigen desde la Unidad de Control Interno.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Lo que tiene que ver con **Autoevaluación del Sistema de Control Interno**, se dividen algunas actividades que conllevan a este proceso:

- Diseño y ejecución de la autoevaluación.
- Definición de planes de mejora y elaboración de informes de resultados.
- Elaboración y presentación del informe final de resultados al nivel gerencial.
- Seguimiento a los planes de mejora de los años 2015 y 2016.

En la parte de **Gestión de Riesgos- SEVRI** se está lo que tiene que ver con:

- Comunicación y divulgación del Marco Orientador del SEVRI.
- Seguimiento planes de administración nivel central.
- Valoración de riesgos Áreas Regionales.
- Valoración herramienta DELPHOS y definición de requerimientos.

Otro de los procesos macros que se dirige para la Institución en lo que es Control Interno es el **Fortalecimiento del ambiente de control**:

Lo que se busca en este proceso es crear un ambiente positivo y de Control Interno de apoyo, lo que quiere decir, que se vea el Control Interno como una herramienta de apoyo y de gestión, y no solamente un deber. Aquí se hace una actividad muy importante que es la valoración de la madurez del Sistema de Control Interno, para esto se utiliza la herramienta que fue definida por la Contraloría General de la República. Eso se aplicó en Diciembre de 2015, para este año se va a traer a este Consejo Directivo los resultados de la madurez. Esto quiere decir, que tan maduro ha sido el Sistema de Control Interno implementado en la Institución, que tan maduro está su implementación. Para esto se tiene lo siguiente:

- Análisis y definición de acciones según resultados modelo madurez del Sistema de Control Interno.
- Sesión de inducción a los procesos de control interno.
- Incorporación en la Comisión PEI 2016 y participación en el proceso de gestión ética institucional.
- Presentación de resultados e informes a la Comisión Gerencial de Control Interno y Consejo Directivo.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

El Lic. Edgardo Herrera consulta en cuanto a las acciones que se pretenden realizar. Tanto la autoevaluación como el sistema de valoración de riesgos tienen relativamente poco tiempo en la Institución. La Ley General de Control Interno entró en vigencia a partir del año 2002, ya se estructuró en la Institución y se creó la Unidad de Control Interno. Desde que se creó, años después se optó por comprar un sistema para el tema de valoración de riesgos y de autoevaluación, ese sistema hace tiempo se desechó.

Lo que quiere decir, es que este sistema el DELPHOS no tiene mucho tiempo de haberse adquirido y ya se plantea renovarlo. Considera que aquí lo que hay que analizar es el costo de lo que se ha invertido en estos sistemas de información y no puede ser tan fácil de que se desechen los sistemas porque son recursos públicos que se han invertido para la adquisición de los mismos.

Recomienda al Consejo Directivo que antes de aprobar cualquier autorización o que esté incluida en este plan esa actividad, que se presenten al Consejo Directivo los estudios por los cuales no es viable o funcional el sistema, y el porqué no se previó en su adquisición. Habría que valorar el porqué no se previó esos requerimientos en la adquisición y ver cuáles son los inconvenientes o los problemas que está generando el sistema, porque ya son varios sistemas los que se han venido adquiriendo y a su parecer, debe haber una mayor justificación en cuanto al tema de la posibilidad de adquirir otro sistema.

La Licda. María Eugenia Badilla comenta que le parece sumamente interesante e importante la recomendación, no solamente para este Consejo Directivo, sino para toda la parte Administrativa. Indica que el Lic. Gerardo Alvarado, en su calidad de Gerente General, posiblemente tomará en cuenta esta sugerencia que está dando la Auditoría.

El Lic. Gerardo Alvarado agradece al señor Auditor la observación y comparte la preocupación de que cuando se hacen inversiones en la Institución, estas deben ser muy bien analizadas y muy bien pensadas. En virtud de ello, el plan establece una acción de valoración de la herramienta DELPHOS, aunque de momento signifique una predisposición a migrar hacia esa herramienta. Se deben hacer a lo interno todas las valoraciones, y acogiendo a la recomendación dada por el MSc. Edgardo Herrera, considera totalmente oportuno y conveniente hacer presentación a este Consejo Directivo de los resultados de esa valoración, y así tener entonces un panorama lo suficientemente o absolutamente claro con respecto a la decisión que se vaya a tomar.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

La Licda. Guadalupe Sandoval como Jefa de la Unidad de Control Interno, extiende una preocupación al Consejo Directivo con respecto a la Unidad como tal. Indica que al inicio eran tres profesionales de Control Interno que venían trabajando en la Unidad, sin embargo en este momento solo hay dos personas, ella y una compañera. Eso ha retrasado algunas de las actividades en el plan de trabajo, y bien el señor Gerente General está trabajando y ha atendido el tema, pero sin embargo no tienen respuesta. Por esta razón deja esta inquietud, y decir pues que la Unidad cuando fue constituida debía de tener tres personas mínimo. Se hizo un estudio de cargas de trabajo e indicó que se necesitan 4 personas, y en ese momento había tres personas y ahora hay sólo dos personas. Esto dificulta el cumplimiento de todas las actividades. Este plan de trabajo está planteado desde enero bajo la visión de tres profesionales, en este momento solo hay dos y se ha estado dando el máximo, pero si se tiene esa debilidad.

El Lic. Gerardo Alvarado comenta que es una preocupación totalmente válida, sin embargo, considera conveniente para este Consejo Directivo se conozcan los antecedentes. Desconoce el porqué la unidad cuando fue creada no se le asignaron inicialmente las tres plazas, eso no corresponde al periodo de su gestión. Durante su gestión tuvo que corregir un error histórico que se cometió al designar o ubicar una compañera en la Unidad de Control Interno que no tenía los atestados académicos correspondientes para desempeñar el cargo.

Indica que tiempo atrás, antes de su gestión, incluso se habían recibido gestiones de parte del Colegio de Profesionales en Ciencias Económicas, haciendo ver a la Administración que era improcedente la ubicación de la compañera en ese departamento, en virtud de su formación profesional. Como corresponde, se vieron obligados a enmendar esa situación y reubicar a la compañera, incluso es hoy asistente en la Gerencia General, puesto que para ese cargo si cumple con todos los requisitos.

Explica que lo que señala la Licda. Guadalupe Sandoval no es un asunto aislado, es recurrente encontrar unidades que a lo largo del tiempo por una u otra razón tuvieron una definición a nivel de estructura organizacional en la última restructuración, sin embargo a nivel de “cajitas”, estas no tienen todas las plazas que le corresponden, por lo que una y otra vez se repite como unidades plantean la falta de recurso humano. Es una problemática institucional que afecta tanto en los ámbitos administrativos como en los ámbitos sustantivos. Se han encontrado ULDS que si bien la estructura organizacional establece que mínimo deben tener

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

un asistente administrativo, un chofer y “n” cantidad de profesionales ejecutores, no cuentan con ese personal mínimo. Esto lo que implica sobre cargar a personas funcionarias con labores que deberían estarse realizando por otras. Es una situación que se ve repetirse lamentablemente en muchas unidades.

Comenta que están en proceso de formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI). Dentro de las revisiones que se están realizando, una de ellas es el modelo de intervención institucional, este no solo visto desde una óptica social, sino visto desde una óptica integral. Ese análisis a su vez los tiene que llevar a hacerse una pregunta, y en el camino, llevar a cabo las acciones para responderla, esta es si se cuenta con la capacidad instalada, o la organización, o los recursos tecnológicos, o los recursos humanos necesarios, o las formas de trabajo más idóneas y ágiles para poder realizar nuestro fin institucional. Sin que esto signifique por defecto que aquí se les está planteando que se debe abrir una reestructuración, sino que simplemente se debe hacer ese análisis en el marco de esta formulación del PEI y analizar todos estos elementos.

Agrega que uno de los esfuerzos que deberían realizarse sería el análisis de los procesos, de los procedimientos o simplificación y mejora, y también tomar medidas para hacer estudios de cargas de trabajo a nivel integral en la Institución. Le parece importante la observación que hace la Licda. Sandoval, porque a su vez permite manifestar a este Consejo Directivo una gran situación de carencia de recurso humano que vive la Institución.

Reconoce que a pesar de las limitaciones operativas con que cuenta la institución, esta tiene gran capacidad de ejecución. Esta gran capacidad de ejecución es quizás admirada en otras esferas, incluso se ve a otras instituciones que se acercan mucho al IMAS en apoyo, porque esta Institución tiene grandes capacidades ejecutoras; y que se debe a la mística, al compromiso y a todo el esfuerzo y la expertis que los equipos y capital humano ha desarrollado a lo largo del tiempo; y es gracias a ellos que se saca la tarea, por ese nivel de compromiso, esa disposición para dar esa milla extra constantemente.

El señor Gerente General agradece a todas las personas funcionarias de la Institución, que a pesar de las limitaciones les ayuda a sacar adelante la tarea.

La Licda. Georgina Hidalgo consulta al Gerente General ¿con cuántas personas cuenta la institución?

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

El Lic. Gerardo Alvarado dice no tener el dato preciso, pero que son poco más de 1000 personas.

La Licda. María Eugenia Badilla expone que le parecen importantes los dos temas traídos esta tarde, como lo son el Análisis del Informe de Gestión de Riesgos, y ahora el análisis del Plan de Trabajo de Control Interno. Cree que de parte del Consejo Directivo da las felicitaciones, es un trabajo que siempre presenta con gran calidad y eficiencia.

La Licda. Georgina Hidalgo consulta nuevamente al Lic. Alvarado que ¿cuántas hay en oficinas centrales y cuántas en áreas regionales?

El Lic. Gerardo Alvarado responde no atreverse a dar el dato, para esto es necesario solicitarlo a Desarrollo Humano para dárselo con exactitud.

Al ser las 17:49 horas se retira la funcionaria.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc solicita a la MBA. Tatiana Loaiza dar lectura del acuerdo No. **255-06-2016**.

CONSIDERANDO

1. Que de conformidad con el artículo 10 de la Ley General de Control Interno se establece la responsabilidad al Jearca de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Así como a la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.
2. Que en las responsabilidades establecidas al Consejo Directivo en el documento Estructura de apoyo para el funcionamiento del Sistema de Control interno en el IMAS, corresponde a este órgano:
 - *Aprobar o emitir las políticas institucionales en materia de Control interno y normativa interna requerida.*
 - *Vigilar porque la institución disponga de un adecuado Sistema de Control Interno, de acuerdo con la normativa de la materia.*
 - *Conocer y aprobar el programa de trabajo anual de Control Interno.*
3. Que mediante oficio UCI-093-05-2016 de fecha 09 de mayo 2016, la Unidad de Control Interno remite a la Gerencia General el Plan de Trabajo 2016, mismo

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

que fue avalado por la Comisión Gerencial de Control Interno en fecha 16 de febrero del presente año.

4. Que la Gerencia General en oficio GG-0947-05-2016 de fecha 11 de mayo del 2016 remite el documento “Plan de Trabajo de Control Interno 2016”

POR TANTO, SE ACUERDA

1. Conocer y aprobar el “Plan de Trabajo de Control Interno 2016” e instruir a la Gerencia General para el cumplimiento del mismo.
2. Solicitar a la Gerencia General los resultados de la valoración de la herramienta DELPHOS en el componente de Control Interno.

La Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc somete a votación el anterior acuerdo. Las señoras y señores Directores: la Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Presidenta Ad Hoc, Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, Licda. Mayra González León, Directora, y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, votan afirmativamente el anterior a cuerdo.

A solicitud de la Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc, las señoras y señores Directores declaran firme el anterior acuerdo.

4.3 ANÁLISIS DEL REGLAMENTO DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN DEL IMAS, SEGÚN OFICIO GG-1033-05-2016.

La Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidente Ad hoc, solicita la anuencia de este Consejo Directivo, para que ingresen a la sala de sesiones el Lic. René Martorell Turcios, Jefe del Área de Planificación Institucional y MSc. José Miguel Salas, funcionaria del Área de Planificación Institucional.

Las señoras directoras y el señor director manifiestan su anuencia.

El Lic. Gerardo Alvarado comenta que este reglamento se presenta al Consejo Directivo, con el propósito de contribuir al fortalecimiento institucional, dado que se ha venido trabajando desde hace tres años con el establecimiento de este sistema, que busca dar todo un sustento institucional a la labor de planificación, que articule desde los Planes Nacionales de Desarrollo, Planes Estratégicos Institucionales,

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

Planes Operativos Institucionales y desembocando en los Planes Operativos Gerenciales, es decir los POI de cada unidad, para que de esta manera tener totalmente engrazados los resultados de lo micro a lo macro, cómo garantizar que el desempeño de cada unidad contribuyan con los objetivos institucionales con los resultados del PEI, y las metas del Plan Nacional de Desarrollo.

Asimismo, este reglamento permite cumplir con el Índice de Gestión Institucional, esto lo establece la Contraloría General de la República, donde mide ciertas variables y establece el nivel de cumplimiento de las instituciones, que se pueden denominar buenas prácticas que deben tener las instituciones. Una normativa de esta naturaleza también se constituye en una buena práctica ante el Órgano Contralor, por lo que se estaría avanzando en dos vías primero dar soporte normativo a ese proceso de construcción del Sistema de Planificación Institucional y a su vez a llegar elementos en la institución para ir generando bancos de buenas prácticas para cumplir con el Índice de Gestión Institucional de la Contraloría General de la República.

El Lic. René Martorell realiza presentación del Reglamento para la Operacionalización del Sistema de Planificación del IMAS, este tiene siete capítulos denominados: 1- Disposiciones Generales. 2- De los objetivos, plazos, fases y niveles del sistema de planificación. 3- De los actores del sistema de planificación del IMAS. 4- Del subsistema de formulación. 5- Del subsistema de seguimiento y evaluación del IMAS. 6- De la rendición de cuentas. 7- Disposiciones finales. Dichos capítulos tiene a su vez un conjunto de artículos enlazados.

- **CAPITULO 1: DISPOSICIONES GENERALES: Artículo 1: Del Objeto:** “... **Regular** lo correspondiente al **Sistema de Planificación** del IMAS, con el fin de **articular todas sus acciones en el largo, mediano y corto plazo contenidas en sus Procesos de Planificación, Seguimiento y Evaluación**, con la **participación** de los diferentes **actores del nivel central y regional**, para la consecución de sus objetivos y resultados dirigidos a la reducción de la pobreza extrema y la pobreza.” **Artículo 2: Del ámbito de aplicación:**”... Será **responsabilidad de todos los jerarcas, titulares subordinados y todas las personas funcionarias del IMAS el cumplimiento del presente reglamento**. Se aplicará a **todas las unidades del IMAS...**” “... La **Unidad de Planificación Institucional fiscalizará el cumplimiento** de las responsabilidades aquí asignadas.” **Artículo 3: De los principios:** Principio de la **participación de la alta gerencia**. •Principio de la **participación y socialización de la**

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

planificación. •Principio del **proceso de operaciones de la planificación.**
•Principio de la **flexibilidad de la planificación.** •Principio de **vinculación de la planificación.** •Principio de los **factores limitantes.** •Principio de **integralidad de la planificación** con el **Modelo de Intervención.** •Principio de la articulación con el **Control interno** (identificación de Riesgos).

- **CAPITULO 2: DE LOS OBJETIVOS, PLAZO, FASES Y NIVELES DEL SISTEMA DE PLANIFICACIÓN:** Artículo 5: De los objetivos del Sistema de Planificación: **Objetivo General.** Facilitar el proceso de toma de **decisiones** por medio de una **efectiva formulación, seguimiento, evaluación, sistematización y rendición de cuentas** de las acciones del IMAS, con el **óptimo uso de los recursos financieros y una adecuada coordinación del personal**, para el alcance de los objetivos y fines institucionales. **Objetivos Específicos:** **1. Orientar la inversión social, el accionar institucional y la oferta de servicios y beneficios de acuerdo a diagnósticos e investigaciones sobre el tema de pobreza**, tanto en el marco de la realidad nacional, como regional, así como de la situación institucional. **2. Fortalecer la labor gerencial** de las unidades con el efectivo desarrollo de planes y proyectos, **mediante la gestión orientada por resultados** y la debida **articulación de los procesos.** **3. Dirigir y coordinar los procesos de seguimiento y evaluación del cumplimiento institucional de las políticas y metas establecidas en el PND** y en los instrumentos de planificación institucional, considerando otros instrumentos de planificación nacional, sectorial y regional.

La Licda. Ericka Valverde señala que por lo general, cuando hay cambios en reglamentos, se presenta el original y se agrega una columna con las variaciones que se están dando, a pesar que leyó el documento se encuentra un poco perdida, pregunta dónde aparecen los cambios y solicita que se le haga llegar en algún momento los cambios que se están haciendo al reglamento.

Al respecto el señor Rene Martorell Turcios responde que este reglamento es la primera vez que se presenta, se está sometiendo a consideración del Consejo Directivo, por lo que no existe un antes, esto nace a raíz de una petición formal de auditoría, el cual se encuentra en proceso de gestión.

Continúa con la explicación del reglamento, con los siguientes puntos a tratar:

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

- **Cap. 2: De los objetivos, plazos, fases y niveles del sistema de planificación. Art. 7: De las FASES del proceso de Planificación:** a) Diagnóstico e identificación de necesidades. b) Formulación de planes y presupuestos (estratégicos, operativos). c) Seguimiento de los planes y presupuestos (objetivos, resultados, indicadores y metas). d) Evaluación y ajustes.) Comunicación y rendición de cuentas. **Art. 8: De los Niveles del Sistema de Planificación:** a) **Un primer nivel denominado estratégico o político**, responsable de la conducción de la organización y de la toma de decisiones... globalidad de la institución. b) **Un segundo nivel denominado funcional de coordinación... cuadro medio de dirección**, responsable de las áreas funcionales... trasmisión y desagregación de las **directrices emanadas del nivel estratégico**. c) **Un tercer nivel denominado operativo, dónde se concretan los objetivos y metas** de cada una de las funciones, las directrices emanadas de los niveles anteriores y **dónde se ejecutan las acciones respectivas**, tanto en el nivel central como en el nivel regional.

- **Cap. 3: De los actores del sistema de planificación del IMAS. Art. 8: Actores del Sistema de Planificación:** El Consejo Directivo. La Presidencia Ejecutiva y sus dependencias. La Gerencia General y sus dependencias. Las Subgerencias y sus dependencias. La Unidad de Planificación Institucional. La Unidad de Control Interno. Las Áreas Regionales de Desarrollo Social (ARDS). Las Unidades de Investigación Planificación y Evaluación Regional (UIPER). Las Comisiones establecidas para tales efectos.

Cap. 4: Del subsistema de formulación. Art. 18: De los instrumentos de Planificación. PNCP, PND, PEI, POI, POGE, •Políticas, otros planes, programas y proyectos institucionales:

- ✓ El PNCP: Es el instrumento de **largo plazo** definido por mandato de ley, **formulado por el IMAS con el apoyo técnico de MIDEPLAN y la participación de otras instituciones del Sistema Nacional de Planificación y la participación ciudadana**, donde se expresan los objetivos, políticas, metas y lineamientos que se requieren implementar **para la reducción de la pobreza extrema y la pobreza**, asimismo deberá contener la dimensión regional en su formulación. **Se formulará por mandato del Consejo Directivo del**

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

- ✓ **PND: Es el marco orientador de las políticas del Gobierno de la República para un período de cuatro años**, elaborado bajo la coordinación de **MIDEPLAN** con las demás instituciones del **SNP** y la participación ciudadana.
- ✓ **PEI: ...instrumento de Planificación Institucional de largo plazo**, no menor de cinco años,...concretar las **políticas, estrategias, objetivos y proyectos de la institución**, en congruencia con los instrumentos de planificación de mayor rango (PNCP y PND)... **Los PEI deben reflejarse en los POI... Se formulará por mandato del Consejo Directivo del IMAS a solicitud de la Gerencia General o de la Unidad de Planificación Institucional...**
- ✓ **POI: Instrumento de planificación con un horizonte de temporalidad no mayor de 1 año...** “... elaborado por **programa presupuestario, que define los resultados, indicadores y metas de la organización** conforme los recursos disponibles para el año...” “... su formulación **debe reflejar el PEI y el PND.**”
- ✓ **POGE: Es el instrumento que utiliza el IMAS para programar y dar seguimiento a la gestión de los resultados, indicadores y metas por cada unidad institucional**, las cuales deben estar debidamente encadenadas entre sí...” “... **el POGE debe estar alineado** con los objetivos, indicadores y metas globales por programa presupuestario del **POI y del PEI.**”
- **ART. 18: DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN: POLÍTICAS, OTROS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS INSTITUCIONALES. Serán instrumentos de planificación otras políticas, planes, programas y proyectos institucionales** que, de acuerdo a criterio técnico de la Unidad de Planificación y la respectiva aprobación del Consejo Directivo, para el caso de las políticas o de la Gerencia General para los Planes, programas y proyectos formarán **parte del sistema de planificación del IMAS.**

La Licda. Georgina Hidalgo consulta ¿qué significa dictar la política general?

El Lic. René Martorell responde que la política contra la pobreza, la línea general y la estrategia, son parte de la política institucional, donde el Consejo Directivo es el encargado de dictar las políticas a seguir en el IMAS, por ejemplo se está llevando

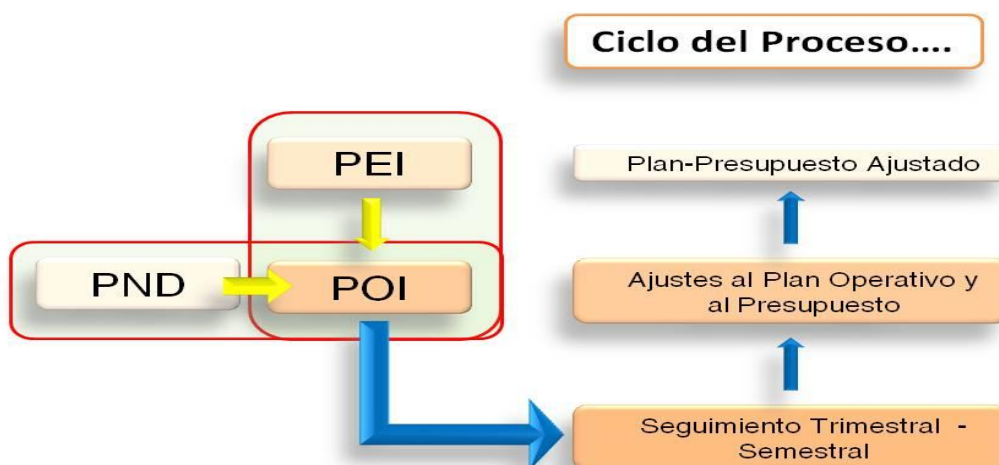
**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

a cabo la construcción del Plan Estratégico Institucional y el Plan Operativo Institucional lo mismo que la planificación interna del POI, ambos tienen políticas, y es el Órgano Colegiado que toma la decisión de aprobarlo o no, lo mismo que deciden del Plan Presupuesto, ese tipo de políticas.

La Licda. Georgina Hidalgo entiende que se trata de aprobar la política que viene emanada y no dictarla.

El Lic. René Martorell responde que en algunos casos el Consejo Directivo dicta políticas, construyen y elaboran, velar por el funcionamiento de la institución. Por otra parte, continúa con la presentación:

- **CAP. 4: DEL SUBSISTEMA DE FORMULACIÓN: ARTÍCULO 25: De la alineación de los instrumentos de Planificación:** El PNCP, PND, PEI, POI, POGE y Políticas, otros planes, programas y proyectos institucionales



**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**



El Lic. Enrique Sánchez pregunta si un Plan Nacional de Combate a la Pobreza, tiene alguna gestión diferente de aprobación, entiende la estrategia de un implementación de este plan que no solo es la estrategia sino que incluye los otros componentes de trabajo del IMAS.

El Lic. René Martorell responde que en el caso del reglamento le compete al Consejo Directivo, desconoce cuál sería el procedimiento. Por otra parte, continúa con la presentación del reglamento:

- **Art. 26: De la Metodología (Gestión Orientada por Resultados) y Art. 27: De las autorizaciones...**: "... deberá contar con la participación de los diferentes niveles institucionales de todas las unidades centralizadas y descentralizadas, para ello a través de directriz de la Gerencia General o vía manual de procedimientos del sistema de planificación, se deberán

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

definir los mecanismos y estructuras de participación de acuerdo a cada instrumento.”

- **Art. 28: De la regionalización en la formulación de los planes:** Los planes institucionales deberán formularse considerando la regionalización del IMAS... particularidades... para ello se deberán realizar estudios y diagnósticos regionales que permita la priorización de acciones y territorios en cada región. A partir de la priorización se realiza una distribución de metas físicas y de recursos... ARDS... ULDS...
- **Cap. 5: Del subsistema de seguimiento y evaluación del IMAS:**
Artículo 31: Alcance del subsistema de Seguimiento y Evaluación. Artículo 32: De las condiciones para el Seguimiento y la Evaluación. Artículo 33: Funciones del Subsistema de Seguimiento y Evaluación. Artículo 34: Instrumentos del Subsistema de Seguimiento y Evaluación. Artículo 35: Periodicidad del Seguimiento y la Evaluación.
Artículo 36: Tipos de Evaluación.
Artículo 37: Herramientas para el seguimiento y la Evaluación.
- **Cap. 6: De la rendición de cuentas:**
Artículo 40: Remisión de los informes de seguimiento y evaluación.
Artículo 41: Toma de decisiones sobre los resultados.
Artículo 42: Socialización y comunicación de resultados.
- **Artículo 43: de la vigencia de este reglamento.**

El Lic. Berny Vargas señala que la Ley 4760 de Creación del IMAS, artículo 21, dice: *“ARTICULO 21: El Consejo Directivo tendrá las siguientes atribuciones: a) Formular la política general del I.M.A.S. y aprobar el Plan Nacional de lucha contra la pobreza extrema.”*, eventualmente han salido algunas normas de rango inferior que hayan atribuido competencias a Ministros, etc., pero esa norma no ha sido derogada. Por otra parte, el Consejo Directivo puede proponer la política y la administración busque la manera de lograrlo, pero también la administración puede presentar una propuesta.

La Licda. Georgina Hidalgo pone ejemplo el Consejo Directivo de la CCSS, que pone propuestas.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

La Licda. Ericka Valverde propone que la explicación brindada por el Lic. René Martorell sobre el Plan Nacional de Desarrollo, PEI, POI, POG, etcétera, y cómo se relacionan y se vinculan entre sí, se incorpore en los sistemas de inducción que hay en la institución. Personalmente no ha tenido una explicación tan clara de la forma en que se relacionan esos sistemas y le parece que es importante que se incluya como parte de la inducción de la institución. Indica que desconoce si es un material similar el que se utiliza con los funcionarios y funcionarias, por lo que reitera que la forma de explicar, la integración y retroalimentación entre los diferentes instrumentos debe ser rescatado.

Asimismo, solicita que se le haga llegar la versión en texto de manera digital de este reglamento, con el fin de proceder a realizarle algunas observaciones de forma. Por otra parte, le gustaría conocer el criterio de la Auditoría Interna sobre este tema.

El MSc. Edgardo Herrera señala que este reglamento hacía falta en la institución, no existía un reglamento que articulo o arme todo este proceso tan importante, esto viene a llenar el vacío normativo que se requería. Sin embargo, no va detallar, porque la propuesta de la Licda. Ericka Valverde, que se envié el documento y entiende que no se va aprobar del día hoy.

Indica que tiene algunas observaciones, en términos generales existen tareas muy importantes que se recogen en el documento, ve útil el reglamento donde se establece una acción o una tarea por ejecutar, pero la tarea esta por sí sola no agrega valor, lo interesante de un reglamento es que asigne la responsabilidad de hacer esa tarea dentro del proceso y con un propósito, por ejemplo elaborar un informe, si alguna unidad o departamento le corresponde según se plante en el documento, lo importante desde el punto de vista de control y la formulación de normativa, sí que se elabore el informe, pero ante quién lo va presentar, hay asuntos de ese tipo y no se mencionan ante quién se presenta. Otro ejemplo, en el subsistema de seguimiento y evaluación del IMAS, artículo 31 dice: “Se deberá dar seguimiento y evaluación....”

Por ejemplo también en el subsistema de seguimiento y evaluación del IMAS en el artículo 31 dice: “*se deberá dar seguimiento y evaluación a las metas de los planes en los que la institución tenga responsabilidad en su cumplimiento. También compete la evaluación de diseño, efecto, impacto y los programas sociales institucionales así como la calidad de los servicios prestados. A su vez se debe dar seguimiento a todo plan (...)*”, la pregunta es que si ahí dice que a su vez se debe

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

dar seguimiento, ¿quién hace eso? ¿Y ante quién se presentan los resultados de esos estudios? Le parece que esa es la parte que hace falta, porque es muy importante lo que se está indicando en el documento, pero cobra esa importancia donde se establece vía reglamento que esa acción hay que hacerla, pero se debe presentar ante alguien para que surta un efecto, para la toma de decisiones que es lo que se busca realizar.

Manifiesta que tiene algunas otras observaciones de forma que contribuirían al fortalecimiento del documento. Un tema importante es que una buena técnica para elaborar normativa es que debe estar redactado en verbo infinitivo, por lo que le parece que hace falta acoger ese principio en algunos artículos, por lo que le parece que sí podrían contribuir al fortalecimiento del documento.

El Lic. Enrique Sánchez agradece la exposición al Lic. René Martorell porque le recordó unos buenos profesores de Planificación y buenas clases de Planificación en su carrera hace muchos años, lo cual hizo que disfrutara mucho de la explicación.

Indica que se había hablado antes, de que por ser un reglamento es importante aprobarlo cuando estén todas las personas miembros del Consejo Directivo.

Señala dos cosas que desea dejar planteadas para que quede claro al hacer una revisión más detallada. Una es la parte de investigación en estudios de combate a la pobreza, donde se debe especificar investigación bajo demanda de quién, con qué fines u objetivos, qué tipo de investigación, qué es lo que en cuanto a investigación deberá hacer esta unidad con mucho más detalle. La otra es la vinculación interinstitucional, donde las unidades de planificación tienen una demanda grandísima de otras instituciones, no solo del MIDEPLAN, sino además de otros ministerios que tienen programas que se vinculan con IMAS y demás, entonces termina teniendo vinculación con tanta institución que considera que valdría la pena que estuviera bien reglamentada, cómo es la coordinación con MIDEPLAN y también las coordinaciones con otras instituciones de gobierno, en el marco de las diferentes rectorías.

Además, consulta si todo este reglamento es compatible con los requerimientos del Sistema Nacional de Planificación, si se revisó que fuera compatible en cuanto a funciones con el Sistema Nacional de Planificación.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

La Licda. María Eugenia Badilla comenta que el Lic. René Martorell ha hecho una exposición brillante sobre este asunto. Es un reglamento para una operacionalización del Sistema de Planificación del IMAS, hoy se inicia con este trabajo. El tema dice análisis y ellos con la experiencia que tienen en este Consejo Directivo, les traen a revisión este tema y se comienza entonces a irlo conociendo por partes en este momento, lo están tomando y ahora corresponde la coordinación con la Auditoría Interna, Asesoría Jurídica y Gerencia General, para decir al final con todas las modificaciones de que es importante lo retome el Presidente Ejecutivo y la señora Vicepresidenta, porque es un tema fundamental, no es una pequeña modificación lo que se está haciendo, sino un reglamento completo.

Además, felicita al Lic. Martorell y Lic. José Miguel Salas, al equipo de trabajo, y al Lic. Gerardo Alvarado por haber traído este tema, el cual debido a su falta había un vacío en la institución. Hay tantos reglamentos y constantemente llegan modificaciones.

El Lic. René Martorell agradece los comentarios y le enorgullece saber que les agradó la exposición.

El señor Gerente General considera que el ambiente está propicio para enriquecer el documento, por lo que si lo tienen a bien, y dado que el MSc. Edgardo Herrera tiene observaciones, en otros momentos el Consejo Directivo lo que ha optado es por hacer el traslado del reglamento a revisión de la Auditoría Interna. Siempre les ha permitido enriquecer el documento, las observaciones de la Auditoría, igualmente recibir observaciones de las señoras y señores miembros del Consejo Directivo, y someterlo a una revisión posterior.

Señala que se podría establecer un proceso de consolidación de observaciones y nutrir un documento sumamente importante para el accionar institucional, que representa una oportunidad de oro para generar un instrumento que la institución ha carecido de él a lo largo de los años. Este viene a regular aspectos fundamentales en nuestra ley, por lo que no se puede tomar a la ligera e indica que la Administración está a la mejor disposición.

La Licda. Ericka Valverde consulta que al no haber plazo para ese reglamento, como cuánto tiempo podrían tomarse para esto.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

El Lic. René Martorell indica que venció en febrero de este año, pero se solicitó a Auditoría que les diera una prórroga de 8 meses.

Al ser las 18:48 horas se retiran los funcionarios.

La Licda. María Eugenia Badilla, en su calidad de Presidenta Ad Hoc, somete a votación el siguiente acuerdo.

ACUERDO N° 256-06-2016

POR TANTO,

SE ACUERDA

1. Dar por recibido el Reglamento para la Operacionalización del Sistema de Planificación del IMAS.
2. Remitir este reglamento a la Auditoría Interna para su análisis respectivo, a efectos de que se valore desde el punto de vista de control interno.

Las señoras y señores Directores: la Licda. María Eugenia Badilla Rojas, Presidenta Ad Hoc, Licda. Georgina Hidalgo Rojas, Directora, Licda. Ericka Valverde Valverde, Directora, Licda. Mayra González León, Directora, y el Lic. Enrique Sánchez Carballo, Director, votan afirmativamente el anterior acuerdo.

A solicitud de la Licda. María Eugenia Badilla en su calidad de Presidenta Ad Hoc, las señoras y señores Directores declaran firme el anterior acuerdo.

La Licda. Ericka Valverde sugiere que dado que está quedándose al final solicitudes de becas de funcionarias de la Institución, para la próxima sesión estén en un lugar o punto de agenda donde se puedan analizar.

4.4 ANÁLISIS DEL INFORME DE LA GERENCIA GENERAL RELACIONADO CON EL INFORME DE RESULTADOS Y LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA AL 31/12/2016, EN CUMPLIMIENTO AL ACUERDO CD 068-02-2016, SEGÚN OFICIO GG-1086-05-2016

Se traslada para una próxima sesión.

**SESION ORDINARIA DE CONSEJO DIRECTIVO CELEBRADA
EL LUNES 13 DE JUNIO DE 2016
ACTA N° 34-06-2016**

4.5 ANÁLISIS DE SOLICITUD DE BECA PARA LAS PERSONAS FUNCIONARIAS MARÍA ISABEL FLORES TREJOS, ADRIANA DELGADO JIMÉNEZ Y EMILIA CARMONA CHAVES, SEGÚN OFICIO GG-1144-06-2016.

Se traslada para una próxima sesión.

4.6 ANÁLISIS DE SOLICITUD DE BECA PARA LA FUNCIONARIA VIVIAN MORA MURCIA, SEGÚN OFICIO GG-1184-06-2016.

Se traslada para una próxima sesión.

ARTÍCULO QUINTO: ASUNTOS PRESIDENCIA EJECUTIVA

5.1 ANÁLISIS DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL Y EL MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA PARA EL PRÉSTAMO DE LA PLAZA NO. 12070, OCUPADA POR EL FUNCIONARIO JEFF RODRÍGUEZ ALVARADO, SEGÚN OFICIO PE 0490-06-2016.

Se traslada para una próxima sesión.

ARTÍCULO SEXTO: LECTURA DE CORRESPONDENCIA

ARTÍCULO SÉTIMO: ASUNTOS SEÑORAS DIRECTORAS Y SEÑORES DIRECTORES

Sin más asuntos que tratar, finaliza la sesión al ser las 6:55pm.

**LICDA. MARIA EUGENIA BADILLA R.
PRESIDENTA AD HOC**

**LICDA. GEORGINA HIDALGO R.
SECRETARIA SUPLENTE**