



OFICINA NACIONAL DE SEMILLAS (ONS)

AUDITORÍA INTERNA

**INFORME RESULTADO SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN
DE RIESGOS INSTITUCIONAL UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA
2020**

JUNIO, 2020



SEVRI
2020



SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACION DE RIESGOS INSTITUCIONAL DE LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA

PRESENTACIÓN	2
METODOLOGÍA	2
PARAMETROS DE VALORACIÓN	3
RESULTADOS.....	4

PRESENTACIÓN

El presente informe de resultado, se integra al proceso de rendición de cuentas y al compromiso que muestra la Unidad de Auditoría Interna (UAI), por el cumplimiento de las exigencias contenidas en la legislación costarricense, consignadas en los artículos 14 y 18 de la Ley General de Control Interno, integrándose como una herramienta para mejorar la gestión institucional y el cumplimiento de sus objetivos.

El artículo 14 de la Ley General de Control Interno N° 8292 del 31 de julio 2002, establece que *“... Serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales...”*

El proceso SEVRI- UAI, dio inicio el 31 de mayo del 2020, definiendo el marco orientador con los parámetros y lineamientos del proceso alineados al SEVRI de la Oficina Nacional de Semillas. En este sentido, el proceso SEVRI-2020 ha permitido, obtener el análisis de resultados a partir de las prioridades y objetivos de cada uno de los procesos, los resultados obtenidos de la integración de datos; acompañados de la evaluación de los controles existentes, mediante un análisis cualitativo del valor agregado que estos ofrecen en términos de consecuencia y probabilidad según los eventos identificados.

De tal forma, este proceso adiciona valor a la gestión de riesgos, proporcionando una mejor integración de la información generada, que permite ubicar la UAI en un nivel de riesgo moderado encaminado al fortalecimiento de la rendición de cuentas y transparencia.

El seguimiento se enfocará en los riesgos valorados Altos y se tratarán algunos medios o bajos que a criterio del auditor son riesgos que fácilmente pueden ser atendidos y subsanados.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada involucra los componentes de un marco orientador y las actividades de identificación, análisis, evaluación, administración, revisión, documentación y comunicación de los riesgos institucionales relevantes, tal como lo exigen las Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI) D-3-2005- CO-DFOE, emitidas por la Contraloría General de la República.

Por lo tanto, la valoración de dichos riesgos, se realizó tomando como prioridad los eventos o circunstancias que afectan los distintos procesos que desarrolla la Unidad de Auditoría Interna.

PARAMETROS DE VALORACIÓN

Para el análisis cualitativo y cuantitativo se estableció adoptó la siguiente escala de clasificación y aceptabilidad riesgos, misma que fue definida por el SEVRI de la Oficina Nacional de Semillas, para los que sean identificados y se sometan a análisis y evaluación

Una vez aplicada las herramientas de valoración de riesgo se consideraran de acuerdo a los siguientes parámetros:

Nivel de riesgo bajo: se consideraran aceptables por lo que únicamente se les dará el monitoreo respectivo, por tanto, no se valorará el establecimiento de medidas de administración de riesgos.

Nivel de riesgo medio: se consideraran aceptables de conformidad con los siguientes criterios; cuando los costos sean menos a los beneficios esperados, por criterio experto o por no considerarse factible su administración debidamente fundamentado.

Nivel de riesgo alto: no son aceptables y deben administrarse a excepción de una situación debidamente justificada.

Para la obtención de los niveles de riesgo, se valorara las estimaciones de probabilidad de ocurrencia por la magnitud (impacto), de los diferentes eventos que conforman los riesgos.

Evaluación que se determinará mediante la clasificación del riesgo identificado según sus niveles de "Impacto" y su "Probabilidad de ocurrencia", los valores determinados para ambos factores serán multiplicados entre si y posiciona el riesgo identificado a un nivel previamente establecido del Riesgo Inherente según los siguientes parámetros.

Parámetros utilizados para evaluar y posicionar en los niveles de impacto y probabilidad para los riesgos inherentes y residuales.

Niveles de Impacto y probabilidad del riesgo

Probabilidad: Se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, esta puede ser medida por criterios de frecuencia.				MAGNITUD (IMPACTO)		
Impacto: Se entiende las consecuencias que puede ocasionar a la Institución la materialización del riesgo.				Si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en la Oficina de la Semilla.	Si el hecho llegara a presentarse tendría medio impacto o efecto en la Oficina de la Semilla.	Si el hecho llegara a presentarse, tendría alto impacto o efecto en la Oficina de la Semilla.
PROBABILIDAD	Descriptor			Baja	Media	Alto
				1	2	3
	Altamente probable. Es muy factible que el evento se presente.	ALTA	3	Medio	Alto	Alto
	Probable. Es factible que el evento se presente.	MEDIA	2	Bajo	Medio	Alto
	Poco Probable. Es poco factible que el evento se presente.	BAJA	1	Bajo	Bajo	Medio

Para esta valoración se considerará el conocimiento de causa del Auditor Interno relacionados y que ejecutan los procedimientos en los cuales se presentan los riesgos identificados, considerando tres variantes sobre los controles establecidos, considerando si los mismos existen, se utilizan y si funcionan, permitiendo así calificar la efectividad de las medidas de control.

Teniendo identificado el nivel del Riesgo Inherente (RI) se procederá al cálculo el nivel del Riesgo Residual (RR), definido como el riesgo resultante luego de considerar la efectividad de los controles ya existentes para la administración del riesgo en el componente de “Probabilidad” de ocurrencia del evento.

La evaluación cualitativa es colocar los RI en los diferentes niveles de su aceptación, afectación y su atención, como se propone a continuación:

Se considera el efecto de los controles existentes a fin de percibir el nivel de RR una vez considerada la efectividad de los controles establecidos; los riesgos serán atendidos siguiendo la lógica del semáforo y sus colores, la UAI propuso la forma en que se deberá atender cada riesgo, utilizando los siguientes parámetros:

- verde es de menor cuidado o atención del riesgo,
- amarillo que es disminuir la probabilidad y el impacto
- rojo se debe atender el riesgo o bien aceptar las pérdidas ocasionadas al materializarse el evento.

Por último se genera la administración del riesgo, valorando y proponiendo actividades al sistema de control interno, con el fin de diseñar, mantener o mejorar los controles que mitiguen el riesgo.

RESULTADOS

En general la Unidad de Auditoría Interna identificó 35 riesgos que fueron valorados como altos, esto ocurre cuando el riesgo se hace altamente vulnerable, (impacto y probabilidad alta versus controles existentes).

Estos niveles de riesgo requieren establecer un plan de tratamientos de riesgos que minimicen su impacto y por ende mejoren su rendimiento. El siguiente cuadro detalla los 35 riesgos valorados como altos, los posibles eventos identificados, la propuesta para administrarlos y tratarlos, atacando sus causas, además del plazo propuesto para llevarlo a cabo.

Tipo de riesgo					Controles propuestos	Periodo de ejecución			
Subproceso	Riesgos	Ref. Evento	Evento de riesgo	Riesgo residual	Medidas de control propuestas	Resp.	2020	2021	2022
1.2. Plan Anual de trabajo	Fallas en la planeación anual de AI	12	Que no se considere el total de universo auditable	6	Solicitar de forma actualizada a la administración el total de procesos registrados en la institución	Karen Pérez	x		
		13	Que no exista una adecuada identificación del universo auditable	8	Se solicitará una actualización de los procesos registrados a la Administración y se corroborarán	Karen Pérez	x		
1.6. Presupuesto de Auditoría Interna	Posibilidad de fallas en el proceso de presupuesto de AI	28	Inadecuada planificación del presupuesto de AI	9	Como la Junta Directiva no ha apoyado la realización de un presupuesto independiente para la Unidad de Auditoría Interna se solicitará anualmente un nota a la administración en la que se indique que esta unidad cuenta con el presupuesto necesario para cubrir los requerimientos que se indican de forma anual	Karen Pérez	x	x	x
		29	Ausencia de procedimientos	6		Karen Pérez	x	x	x
		30	No aplicación de normativa actualizada	6		Karen Pérez	x	x	x
		31	Errores en la definición del presupuesto	9		Karen Pérez	x	x	x
		32	No alineación entre presupuesto y POI	9		Karen Pérez	x	x	x
1.8. Capital Humano	Posibilidad de fallas con el recurso humano	49	Uso de dispositivos internos para guardar información relevante	6	Definir una política de trabajo en línea para garantizar que la información generada en las diferentes locaciones de trabajo se respaldan en el servidor de la ONS	Karen Pérez	x		
		52	Ausencia de personal	6	Este riesgo se asume debido al carácter unipersonal de la Unidad de Auditoría Interna	Karen Pérez			

1.9. Gestión de archivo	Posibles fallas en la gestión de archivo	60	Perdida de información	6	Definición de políticas sobre el manejo de información de auditoría interna	Karen Pérez		x	
		64	Inadecuados mecanismos de control sobre el sistema de archivo de Auditoría Interna	6		Karen Pérez		x	
		66	Información electrónica archivada de forma inadecuada	6		Karen Pérez		x	
1.12. Autoevaluación del Sistema de Control Interno de la Auditoría Interna	Fallas en la realización de la autoevaluación del sistema de control interno de la AI	72	No se realice la autoevaluación anual	9	Realizar una adaptación de la autoevaluación de control interno emitida por la CGR para aplicarla a la Unidad de Auditoría Interna	Karen Pérez			x
		73	Que no se genere un plan de mejora con los resultados del análisis de la autoevaluación	6		Karen Pérez			x
1.13. Sistema de calidad	Elaboración y actualización de documentos y registros	74	Carencia de políticas y procedimientos para el manejo de documentos del archivo permanente	6	Definición de políticas y procedimientos para el manejo de los documentos del archivo permanente	Karen Pérez	x		
2.2.2. Autorización de libros	Posibles fallas generales en la autorización de libros	117	Que no se cuente con un procedimiento para la legalización de libros en cumplimiento de la normativa vigente	6	Definir un procedimiento para la legalización de libros	Karen Pérez	x		
3. Proceso de seguimiento	Posibles fallos en el seguimiento a la remisión de planes de acción	121	Omisión de comunicación de no recepción del plan de acción	6	Definición de una política sobre el manejo de los planes de acción para la implementación de las recomendaciones generadas por Auditoría Interna	Karen Pérez	x		
		122	Que no se informe oportunamente que el plan de acción no satisface las recomendaciones de Auditoría Interna	6		Karen Pérez	x		
Posibles fallos en los sistemas informáticos	Posibles fallos en la seguridad de los datos	130	Filtración de información	6	Se atenderá por medio de evaluaciones a la administración ya que es un riesgo externo	Karen Pérez		x	
		131	Falta de políticas relacionadas con el manejo de archivos electrónicos	6		Karen Pérez		x	
		132	Difusión de software malicioso o dañino	6		Karen Pérez		x	
		133	Perdida, modificación y destrucción de información en archivos de Auditoría Interna	6		Karen Pérez		x	
	Posibles fallos en la seguridad física	134	Ausencia de planta eléctrica o fuertes interrupciones de energía eléctrica	6		Karen Pérez		x	
		135	Falta de control de acceso a servidores	6		Karen Pérez		x	
		136	Falta de detectores de humo y humedad en el área de servidores	6		Karen Pérez		x	
		137	Falta de equipo de extinción de incendios en el área de servidores	6		Karen Pérez		x	
	Posibles fallos en el Hardware y software	142	Ausencia o debilidad de los contratos de mantenimiento	6		Karen Pérez		x	

Posibles fallos en los sistemas informáticos	Posibles fallos en los respaldos	147	Inexistencia, debilidad o poca periodicidad de los respaldos	6	Aplicación de respaldos independientes por parte de la Unidad de Auditoría Interna	Karen Pérez	x		
		148	Falta de verificación de la existencia, debilidad o periodicidad de los respaldos	6	Aplicación de respaldos independientes por parte de la Unidad de Auditoría Interna	Karen Pérez	x		
		149	Información, extraviada o borrada o de difícil recuperación	6	Se atenderá la situación con a administración debidooa que es un riesgo externo	Karen Pérez		x	
		150	Falta de pruebas para recuperación de respaldos	6		Karen Pérez		x	
Desastres	Posibles desastres	157	Eventos de la naturaleza	9	Definición de un plan de continuidad de la Auditoría Interna	Karen Pérez			x
		158	Emergencias medicas	9		Karen Pérez			x
		159	Incendios y explosiones	9		Karen Pérez			x
		160	Condiciones inadecuadas de temperatura y/o humedad	9		Karen Pérez			x