

INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
Y DESARROLLO INSTITUCIONAL



INFORME SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS
DEL ISRI, ENERO - MAYO 2016

SAN SALVADOR, JUNIO 2016

Contenido

Resumen	3
Introducción.....	4
Misión del ISRI.....	7
Visión del ISRI	7
Valores institucionales.....	7
Objetivos institucionales.....	7
Metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de las actividades de control	9
Riesgos identificados según unidad organizativa	12
Situación de los riesgos entre enero y mayo 2016, según unidad organizativa.....	13
Grado de control de los riesgos, durante el período de enero a mayo 2016	14
Actividades de control y situación durante el período de enero a mayo 2016, según unidad organizativa.....	15
Almacén Central	15
Unidad de Auditoría Interna	16
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)	17
Centro de Aparato Locomotor (CAL)	18
Centro de Audición y Lenguaje (CALE).....	19
Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	20
Unidad de Comunicaciones	21
Unidad de Consulta Externa	21
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	22
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO).....	29
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	30
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP).....	30
Unidad de Asesoría Jurídica	31
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	32
Unidad de Regulación.....	32
Departamento de Recursos Humanos.....	33
Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)	33
Unidad Financiera Institucional (UFI).....	34
Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP).....	35
Conclusiones.....	37

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	2 de 37

Resumen

En junio 2016, todas las unidades organizativas del ISRI que identificaron riesgos, en enero 2016, informaron el seguimiento de éstos a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, tal como lo establece el Art. 9 de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI.

Las diferentes unidades organizativas identificaron 64 riesgos; sin embargo, en junio, el CAASZ eliminó 15 riesgos, sustituyéndolos por tres nuevos, y la UAIP identificó dos que no habían sido informados; por lo que, el total de riesgos identificados quedó en 54. De este total, para mayo 2016, se controlaron 13 y 34 se reportaron en proceso de control, por lo que ambos representaron 87 % del total.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	3 de 37

Introducción

El actual Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), fue creado como Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos por Decreto número 503 del Directorio Cívico Militar de El Salvador, publicado en el Diario Oficial número 239, tomo 193 de fecha 27 de diciembre de 1961. En enero 2012, y por Decreto 970 de la Asamblea Legislativa, el nombre del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos cambió a Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

El logro de los objetivos del ISRI puede afectarse por diferentes eventos, conocidos como riesgos, los cuales pueden ser reales o potenciales, internos o externos, por lo que es importante su identificación y valoración, así como, la definición de las actividades para su control y el seguimiento de éstas. Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISRI establecen, en el artículo 16 del capítulo II, que los funcionarios del ISRI, determinarán los factores de riesgo; y en el artículo 18, que el seguimiento de las acciones a tomar a fin de disminuir el riesgo, “será responsabilidad de todos los funcionarios responsables de cada dependencia institucional”. En el mismo artículo también se establece que “los resultados del seguimiento, serán comunicados a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional”.

Para propósitos de este informe se consideran los siguientes conceptos:
Definición de riesgos: *circunstancias que pueden impedir que las actividades se desarrollen según estaban programadas, afectando adversamente el logro de los objetivos institucionales. Pueden deberse a factores externos (no están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, el presupuesto o los factores medioambientales) o internos (están bajo el control del funcionario o empleados de la unidad organizativa, por ejemplo, el personal o los insumos).*

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	4 de 37

Riesgos a identificar: aquellos que sean más importantes, es decir los que están presentes en los procesos críticos de la unidad organizativa. Por lo que es importante primero identificar los procesos críticos para luego identificar los riesgos en cada uno de ellos, así como la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos identificados, lo que permitirá establecer la exposición o severidad del riesgo.

Definición de probabilidad: frecuencia con la que se estima (cualitativa o cuantitativamente) se podría presentar el riesgo identificado durante el año; puede ser: alta (su frecuencia es trimestral o entre el 70 - 100 % de los casos), media (su frecuencia es semestral o entre el 30 - 60 % de los casos) o baja (ocurre una vez al año o menos del 20 % de los casos).

Valoración del riesgo según probabilidad: puede calificarse como alta (3), media (2) o baja (1).

Definición de impacto: estimación del daño producido por el riesgo; puede ser: alto (influye en forma negativa para el logro de los objetivos institucionales), medio (dificulta o retrasa el cumplimiento de los objetivos institucionales) o bajo (tiene un efecto pequeño o nulo para el cumplimiento de los objetivos institucionales).

Valoración del riesgo según impacto: puede calificarse como: alto (3), medio (2) o bajo (1).

Definición de exposición al riesgo o severidad del riesgo: es el resultado de multiplicar el valor asignado a la probabilidad por el valor asignado al impacto; puede calificarse como: intolerable (vigilancia urgente), importante (vigilancia prioritaria), moderado (vigilancia cuidadosa), tolerable (vigilancia mínima) o trivial (vigilancia leve).

Valoración de la exposición al riesgo o evaluación del riesgo: se puede establecer como: intolerable (9), importante (6), moderado (4 o 3), tolerable (2) o trivial (1).

Definición de actividad de control: solución adoptada para aminorar o evitar los riesgos, considerando que se dispone de los recursos y apoyos necesarios.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	5 de 37

Grado de control del riesgo: estado logrado mediante la actividad de control; puede ser: controlado (la actividad de control ha sido efectiva), en proceso (la actividad de control no se ha concluido), no controlado (la actividad de control no ha sido efectiva y el riesgo persiste) o sin seguimiento (no se ha realizado la actividad de control).

Involucrados en las actividades de control: todos los servidores públicos del ISRI.

Responsable del seguimiento de las actividades de control de riesgos: funcionario responsable de la unidad organizativa (Art. 9 y 18 NTCl específicas del ISRI). Debe identificarse un solo responsable para evitar dificultad en la toma de decisiones.

Responsabilidad de la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional: definir la herramienta a utilizar y coordinar el proceso de identificar los riesgos institucionales (Art. 16 NTCl específicas del ISRI).

A continuación se presenta el Informe seguimiento de los riesgos del ISRI, enero-mayo 2016, conteniendo: la misión, la visión, los valores y los objetivos institucionales; la metodología empleada para la identificación y valoración de los riesgos, y para el seguimiento de las actividades de control; los riesgos según unidad organizativa; un cuadro con la situación de los riesgos a mayo 2016; un gráfico con el grado de control de los riesgos; y cuadros con los riesgos identificados, las actividades programadas y las realizadas para controlarlos, así como, la situación del riesgo; finalizando con algunas conclusiones. Los riesgos y sus actividades de control se transcriben tal como fueron enviados por las respectivas unidades organizativas.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	6 de 37

Misión del ISRI

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

Visión del ISRI

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

Valores institucionales

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

Objetivos institucionales

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	7 de 37

4. Contribuir en la prevención, detección e intervención temprana de las discapacidades.
5. Promover la equiparación de oportunidades para la plena inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.
6. Promover todas las acciones necesarias o pertinentes y demás proyectos orientados a la consecución de los fines institucionales.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	8 de 37

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

La unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional solicitó, en su oportunidad, a los responsables de las diferentes unidades organizativas del ISRI, la identificación y valoración de sus riesgos para el 2016, así como la definición de las actividades de control, para lo cual se les envió la siguiente matriz a ser completada.



Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2016 y actividades para su control

Nombre de la unidad organizativa:

Fecha del llenado de la matriz:

No (1)	Riesgo identificado (2)	Probabilidad o frecuencia con que se presenta el riesgo en el año (3)	Impacto o daño producido por el riesgo (4)	Valoración de la exposición o severidad del riesgo (5)	Definición de la exposición o severidad del riesgo (6)	Actividad de control programada (7)	Responsable del seguimiento de la actividad de control programada (8)

Nombre y firma del responsable del llenado de la matriz

Instructivo para el llenado de la Matriz para la identificación, valoración de riesgos 2016 y actividades para su control

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

Riesgo identificado (2). Anotar el riesgo identificado.

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

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

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

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

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

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

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

1. Almacén Central
2. Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)
3. Centro de Audición y Lenguaje (CALE)
4. Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"
5. Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)
6. Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)
7. Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)
8. Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)
9. Centro del Aparato Locomotor (CAL)
10. Departamento de Recursos Humanos
11. Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)
12. Unidad de Asesoría Jurídica
13. Unidad de Auditoría Interna
14. Unidad de Comunicaciones

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	10 de 37

15. Unidad de Consulta Externa
16. Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional
17. Unidad de Regulación
18. Unidad Financiera Institucional (UFI)

En mayo 2016 y con el objeto de dar cumplimiento al Art. 9 de las NTCI específicas del ISRI, se solicitó a cada una de las anteriores unidades organizativas, completar la matriz a utilizar para el seguimiento de los riesgos institucionales durante el período de enero a mayo 2016, y remitirla, una vez completada, a la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional al correo electrónico sec1.planificacion@isri.gob.sv a más tardar el 08 de junio de 2016. La matriz contenía cinco columnas; las tres primeras ya estaban completadas con la información que en su oportunidad se recibió en la unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, por parte de cada una de las unidades organizativas (Número correlativo; Riesgo identificado; y Actividad de control programada). Por lo tanto, se solicitó completar las dos últimas columnas: **“Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016”**, y **“Situación del riesgo”**, anotando en esta última si, a mayo 2016, el riesgo estaba: **controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento**. Las 18 unidades respondieron oportunamente con lo solicitado, agregándose, en junio, la Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP).

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	11 de 37

Riesgos identificados según unidad organizativa

Para enero 2016, el total de riesgos identificados fue 64, correspondiendo el número mayor al CAASZ con 15 riesgos, el número menor correspondió al CRIO y a la unidad de Regulación, con un riesgo cada uno.

Nº	Unidad organizativa	Número de riesgos identificados	Porcentaje acumulado
1	Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)	15	23
2	Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	6	33
3	Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	4	39
4	Centro del Aparato Locomotor (CAL)	4	45
5	Comunicaciones	4	52
6	Auditoría Interna	4	58
7	Almacén Central	3	63
8	Recursos Humanos	3	67
9	Consulta Externa	3	72
10	Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	3	77
11	Asesoría Jurídica	3	81
12	Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	2	84
13	Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	2	88
14	Financiera Institucional (UFI)	2	91
15	Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	2	94
16	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)	2	97
17	Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	1	98
18	Regulación	1	100
Total		64	--

En enero 2016, el promedio de riesgos identificados por unidad organizativa fue cuatro, estando por arriba el CAASZ con 15 y el CRINA con seis, lo que representó el 33 % del total (21/64). En junio, el CAASZ eliminó los 15 riesgos, sustituyéndolos por tres nuevos, y la UAIP identificó dos; por lo que, el total de riesgos identificados, pasó de 64 a **54**, siendo a este número al que se le da seguimiento en este informe.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	12 de 37

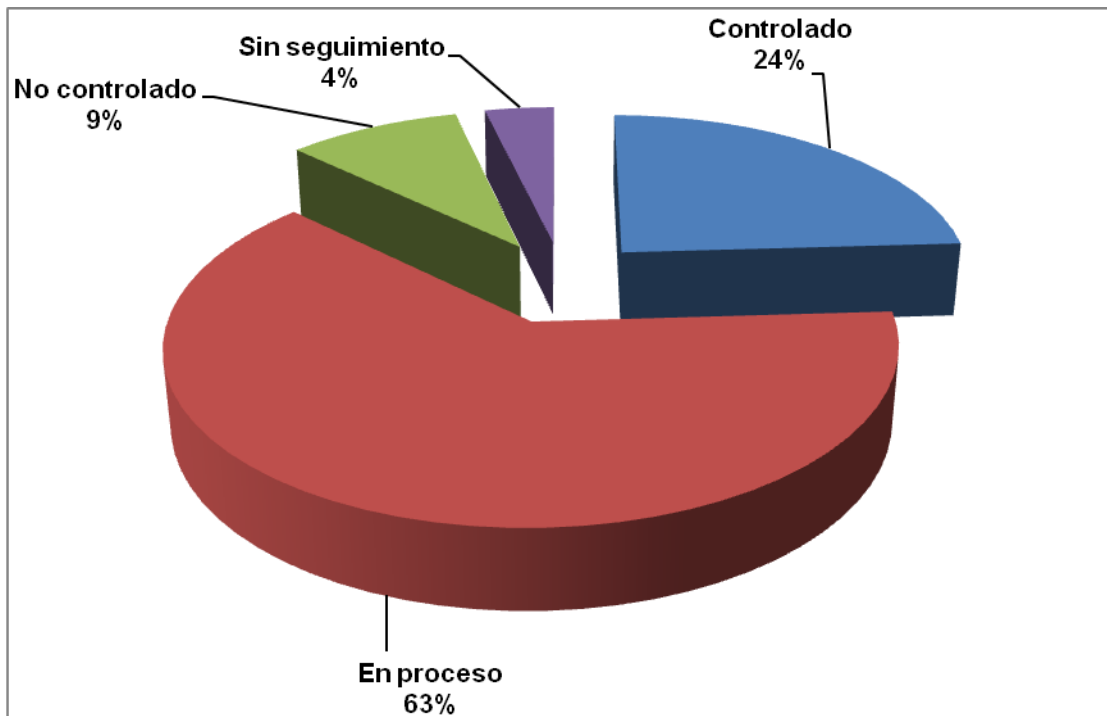
Situación de los riesgos entre enero y mayo 2016, según unidad organizativa

Unidad organizativa	Total de riesgos identificados	Riesgo controlado	Riesgo en proceso	Riesgo no controlado	Riesgo sin seguimiento	Riesgo eliminado
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	6	0	6	0	0	0
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	4	0	4	0	0	0
Centro de Aparato Locomotor (CAL)	4	0	4	0	0	0
Unidad de Comunicaciones	4	1	0	3	0	0
Unidad de Auditoría Interna	4	0	2	0	2	0
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)	3	0	3	0	0	15
Almacén Central	3	2	1	0	0	0
Departamento de Recursos Humanos	3	2	1	0	0	0
Unidad de Consulta Externa	3	0	3	0	0	0
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	3	2	1	0	0	0
Unidad de Asesoría Jurídica	3	3	0	0	0	0
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	2	1	0	1	0	0
Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	2	0	2	0	0	0
Unidad Financiera Institucional (UFI)	2	0	2	0	0	0
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	2	0	2	0	0	0
Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)	2	0	1	1	0	0
Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)	2	1	1	0	0	0
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	1	1	0	0	0	0
Unidad de Regulación	1	0	1	0	0	0
Total	54	13	34	5	2	15

En los totales de riesgos identificados, no se incluyen los eliminados.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	13 de 37

Grado de control de los riesgos, durante el período de enero a mayo 2016



Para mayo 2016, el 87 % (47) de los 54 riesgos se encontraron en situación de control o en proceso, es decir, en este último caso, que las actividades para controlarlos no se habían concluido. En el 9 % (5) las actividades no fueron efectivas, por lo que el riesgo persiste. Se espera, que en lo resta del año, se realicen acciones sobre los dos riesgos que no tuvieron seguimiento.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	14 de 37

Actividades de control y situación durante el período de enero a mayo 2016, según unidad organizativa

Almacén Central

Nº	Riesgo identificado por Almacén Central	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Ausencia de información de soporte que sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente de procedencia externa e interna para la realización de registros.	La información de soporte que remita la UACI y la UFI al Almacén Central debe ser confiable, oportuna, suficiente y pertinente.	Se han hecho observaciones para que la información de soporte procedente de la UACI y la UFI, al Almacén Central sea confiable, oportuna, suficiente y pertinente. Como por ejemplo: órdenes de compra, contratos, números de compromisos presupuestarios. Ha mejorado considerablemente la atención a las observaciones hechas por el Almacén Central, sin embargo, se ha presentado información insuficiente por parte de la UACI al no colocar el específico presupuestario del gasto en el objeto contractual, ni en el cuadro de distribución de los contratos.	En proceso
2	Resultados inadecuados del inventario.	Metodología documentada e informada a la Gerencia para la realización periódica del inventario físico, los resultados son comparados contra los saldos registrados en el sistema.	Se programó la realización de inventario físico para junio del presente año, en el que se efectuarán todas las actividades de control programadas para este riesgo identificado.	Controlado
3	Ausencia de sistema para registro de movimientos del inventario.	Respaldo de la información oportunamente, mantenimiento periódico al sistema, actualización del sistema.	El Sistema de control de bienes en el Almacén Central, no ha presentado inconvenientes en el registro de movimientos del inventario, ni pérdida de información; se respalda constantemente.	Controlado

Unidad de Auditoría Interna

Nº	Riesgo identificado por Auditoría Interna	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falta de conciencia de control por parte de los auditados.	1. Solicitar gestiones a las autoridades institucionales para pedir capacitaciones a Corte de Cuentas. 2. Realizar gestiones ante otras instituciones públicas para pedir apoyo en brindar capacitaciones sobre el Control Interno.	Sin seguimiento.	Sin seguimiento
2	Presupuesto nulo para educación continuada.	1. Solicitar a Junta Directiva presupuesto para capacitaciones de los miembros de Auditoría Interna. 2. Solicitar a Junta Directiva que en economías y/o refuerzos presupuestarios se nos asignen fondos para adquirir capacitaciones. 3. Realizar gestiones ante otras instituciones públicas para participar en capacitaciones gratuitas.	1. El 01/02/2016 se solicitó capacitación a la Dirección General de Contabilidad Gubernamental. 2. El 02/05/2016 mediante email se solicitó apoyo en capacitaciones al Departamento de Capacitaciones de la Corte de Cuentas de la Republica.	En proceso
3	Retraso en la ejecución del Plan Anual de Trabajo.	1. Considerar en el Plan Anual de Trabajo la solicitud de prórroga por parte de los auditados. 2. Considerar en el Plan Anual de Trabajo la solicitud de auditorías no programadas por parte de la Máxima Autoridad. 3. Segregación de funciones en la unidad de Auditoría Interna 4. Gestionar capacitaciones en planificación efectiva de programas de trabajo o temas similares.	En la elaboración del Plan Anual de Trabajo del 2017 se tomaron en consideración las primeras dos actividades de control programadas.	En proceso
4	Recurso tecnológico desactualizado e insuficiente.	1. Solicitar a la Junta Directiva del ISRI que en economías y/o refuerzos presupuestarios sean tomadas en consideración nuestras necesidades tecnológicas. 2. Solicitar a la unidad de	Sin seguimiento.	Sin seguimiento

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	16 de 37

Nº	Riesgo identificado por Auditoría Interna	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		Control de Bienes Institucionales sean tomadas en consideración nuestras necesidades tecnológicas en posibles equipos que sean puestos a disposiciones por otras instituciones públicas.		

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

Nº	Riesgo identificado por el CAASZ	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falla de equipos esenciales por antigüedad o deterioro en áreas específicas (cocina, lavandería, biomédica).	1. Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo oportuno de maquinaria y equipos esenciales. 2. Gestionar mediante donativos o transferencias inter institucionales la sustitución de equipos dañados.	1.1. Se ha gestionado la compra de un compresor para la reparación de cuarto frío del área de alimentación y dietas. 1.2. Se ha gestionado oportunamente la revisión y reparación de equipos biomédicos, lavadoras y equipos industriales del área de cocina. 2.1. Se gestionó la donación de un autoclave. 2.2. Se gestionó la donación de 40 sillas de rueda.	En proceso
2	Pérdida de capacidad instalada por daños en infraestructura.	1. Aislar zonas dañadas y potencialmente peligrosas. 2. Dar continuidad a la gestión para obtener el permiso de intervención de zonas dañadas de parte de SECULTURA y gestionar con la aseguradora la intervención respectiva.	2.1. Presentación de planos y presupuesto para intervención de zonas dañadas a SECULTURA. 2.2. Seguimiento de la aprobación de planos y presupuesto para la intervención de zonas dañadas.	En proceso
3	Asignación presupuestaria insuficiente para cubrir	1. Gestionar apoyo financiero con las	1. Se ha gestionado apoyo financiero para la	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	17 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CAASZ	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
	necesidades de adultos mayores.	<p>autoridades del ISRI para cubrir el déficit existente.</p> <p>2. Gestionar donativos de bienes esenciales.</p> <p>3. Darle seguimiento oportuno a la ejecución presupuestaria.</p>	<p>adquisición de insumos alimenticios e insumos médicos para el último trimestre del año.</p> <p>2. Se ha hecho gestión con la SIS para el donativo de pañales desechables para adulto para cubrir el último trimestre del año.</p> <p>3. Se le ha dado seguimiento oportuno a la ejecución presupuestaria.</p>	

Centro de Aparato Locomotor (CAL)

Nº	Riesgo identificado por el CAL	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Retraso en la producción orto-protésica por problemas en la capacidad instalada de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).	Gestión para mejora de la capacidad instalada de la Unidad de Ortopedia Técnica (UOT).	Mediante convenio con UDB se ha realizado la elaboración de AFOS, en la primera jornada se han entregado 23 AFOS actualmente en elaboración otros 22 AFOS de niños/niñas Se lleva control mensual del rendimiento por cada uno de los técnicos.	En proceso
2	Asignación presupuestaria limitada para solventar necesidades relacionadas con desperfectos de equipos biomédicos e industriales.	Gestión para mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.	Se ha realizado a través de convenio con UDB el levantamiento de ficha técnica de mantenimiento de cada uno de los equipos, aun no se ha entregado el documento. A través de personal de mantenimiento de equipo biomédico, se ha brindado mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos A través del MINSAL se brindó mantenimiento	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	18 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CAL	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
			correctivo de horno ubicado en UOT.	
3	Suministro de agua escaso para su disponibilidad en los servicios y para los usuarios.	Gestión para mejora de la disponibilidad de agua potable.	De acuerdo a instrucciones recibidas de ANDA según referencia 210-250-2013 en la que recomiendan cambio de medidor a uno de alto consumo y al interno se realice cambio de cañería de 1" a 2" desde el medidor hasta la cisterna, al momento ya se realizó el cambio de medidor, se tomaron medidas por parte de Servicios Generales Institucional, pero aún se encuentra pendiente el cambio de cañería.	En proceso
4	Afluencia de usuarios reducida en las áreas de consulta médica que limitan el cumplimiento de las metas.	Gestión para captación de usuarios en los servicios médicos.	Se ha enviado carta a los hospitales de la red del MINSAL promocionado los servicios que presta el CAL y se ha iniciado las visitas con el hospital Zacamil.	En proceso

Centro de Audición y Lenguaje (CALE)

Nº	Riesgo identificado por el CALE	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Dificultad de no contar con recurso humano en las jefaturas de: terapias servicios médicos, enfermería, archivo, y servicios generales (limpieza y vigilancia).	Gestionar con autoridades del Instituto el apoyo en la contratación de los recursos.	Ya se cuenta con el recurso de jefatura de terapia.	En proceso
2	El alto índice de inasistencia de los usuarios a sus terapias y exámenes de diagnóstico obstaculiza el avance en los procesos de rehabilitación.	Realizar reuniones con los padres o encargados por centro de interés (diagnostico) para concientizar de la importancia de asistir a las terapias, exámenes y los	Se han realizado cuatro reuniones de centro de interés con los usuarios.	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	19 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CALE	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		avances que se logran en la rehabilitación con la perseverancia.		
3	Dificultad para establecer el proceso de tratamiento sin un diagnóstico confirmado.	Implementar los tiempos de la prestación de servicios de pruebas de potenciales evocados, para confirmar diagnósticos.	Se encuentra capacitando el recurso para realizar las pruebas de potenciales evocados.	En proceso
4	No contar con los bienes y servicios según el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) los cuales son necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Centro.	Realizar un seguimiento semanal y verificar las necesidades por áreas.	Según seguimiento presupuestario se han realizado las adquisiciones de los bienes de los primeros meses del año.	En proceso

Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"

Nº	Riesgo identificado por el Centro de Rehabilitación de Ciegos	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Perdida de la información.	Guardar, en la carpeta "mis documentos", la información con valor administrativo y legal. Evitar el uso indiscriminado en la carpeta "música e imágenes" que no contengan valor administrativo y legal. Revisión semestral del uso y contenido de la información. Revisión mensual de la información generada en los sistemas de gestión.	Los equipos han sido revisados por soporte técnico institucional, donde se verifica el uso correcto del resguardo de la información y del uso de carpetas compartidas. Se revisa mensualmente la información generada por los programas, así como se revisa la información digitada por el responsable.	En proceso
2	Retardo en el inicio del Proceso de Rehabilitación.	Control de agenda médica. Evaluación Funcional oportuna. Asignación de Plan de Rehabilitación y horarios.	Revisión de agenda médica. Equipo interdisciplinario monitorea que se hagan las evaluaciones en tiempo oportuno. Se revisan expedientes de los ingresos del periodo.	En proceso

Unidad de Comunicaciones

Nº	Riesgo identificado por Comunicaciones	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falta de equipo fotográfico.	Gestionar ante las autoridades la compra de equipo fotográfico.	Se envió una nota al Comité Técnico Financiero para la compra del equipo.	No controlado
2	Equipo obsoleto de computación.	Buscar financiamiento para la obtención de computadoras con programas actualizados de edición y diseño gráfico.	Se solicitó vía presupuesto la compra del equipo informático.	No controlado
3	Falta de transporte propio de la unidad de Comunicaciones.	Solicitar asignación de un vehículo institucional para el trabajo de la unidad de Comunicaciones.	No se hizo gestión, ya que al consultar con el área de transporte se acordó mejorar el servicio de transporte.	Controlado
4	Falta de un presupuesto adecuado.	Coordinar reuniones con equipo financiero del Instituto para gestionar la aprobación de un presupuesto acorde a las necesidades de la Unidad.	Se envió a la Gerencia Administrativa una propuesta de presupuesto adecuado para la unidad de Comunicaciones, pero no fue considerado.	No controlado

Unidad de Consulta Externa

Nº	Riesgo identificado por la Consulta Externa	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falta de recurso médico en Fisiatría.	1. Gestionar la contratación del recurso médico en Fisiatría. 2. Seguimiento del proceso.	1. Se ha gestionado ante Gerencia Medica la contratación de Médico Especialista en Fisiatría, para la atención de usuarios, el cual está pendiente de resolución. 2. Se ha realizado su seguimiento.	En proceso
2	Falta de ofertantes de insumos odontológicos.	Determinar estrategias para la provisión oportuna sin afectar el servicio.	Seguimiento de los insumos odontológicos programados en PAA 2016 con UACI.	En proceso
3	Inasistencia de usuarios.	1. Coordinación con citas hospitalarias previas. 2. Plan de charlas de Trabajo Social.	1. Se realiza diariamente verificación con los usuarios al momento de su cita. 2. Se dan facilidades en recuperación de citas	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	21 de 37

Nº	Riesgo identificado por la Consulta Externa	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		3. Facilidad de recuperación de citas. 4. Programa de aviso previo.	médicas. 3. Se dan charlas a través de Trabajo Social mientras se espera el paso de consultas. 4- Se han realizado gestiones para actualización de los teléfonos de contacto.	

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

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Incumplimiento en la ejecución de las atenciones programadas que afectan los objetivos del proceso de rehabilitación de cada usuario.	1. Seguimiento de causas de inasistencias usuarios y personal del Centro.	1. En el período de enero a mayo de 2016 el total de atenciones que no se brindaron fueron 9,388 (12.3 %), de éstas el 7.04 % (equivalente a 5,372 atenciones) por inasistencia de usuarios, las 4,016 atenciones restantes (5.26 %) por permisos del personal (enfermedad, personales, cuidado a parientes graves o maternidad) y oficiales no atribuible a los usuarios y/o responsables de éstos. Se encuesta al padre de familia las causas de ausentismo manteniéndose como la más frecuente la enfermedad del usuario, enfermedad de los responsable para traerlos a terapias; problemas económicos (les descuentan el día no laborado, no tienen para pagar pasaje, etc.), no teniendo posibilidades el Centro para evitar estas	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	22 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		<p>2. Dar a conocer al personal el impacto que causa las inasistencias de ellos en la atención de los usuarios.</p> <p>3. Revisión y actualización de horarios y cupos de cada profesional.</p> <p>4. Contar con planes contingenciales de atención de usuarios por ausentismo del personal.</p> <p>5. Motivar y dar seguimiento a la participación activa y directa de los padres de familia en el proceso de rehabilitación de los usuarios.</p> <p>6. Reuniones de dirección, jefaturas y áreas técnicas, apoyo y administrativas para dar a conocer rendimiento de las áreas y proponer estrategias para mejorarlo.</p>	<p>causas en forma directa, más sin embargo se proporcionan charlas sobre salud preventiva para usuarios y padres de familia para contrarrestar o disminuir problemas de salud.</p> <p>2. Se informa al personal los resultados de los permisos personales sobre rendimiento de lo programado y efectos negativos sobre usuarios y sus familiares.</p> <p>3. Constantemente se revisan y actualizan horarios de atención para re ubicar usuarios que están en lista de espera.</p> <p>4. Todas las áreas utilizan planes contingenciales de atención de usuarios y se les da a conocer a los padres de familia esta modalidad de atención en casos de estar ausente el profesional asignado.</p> <p>5. Se informa a través de los diferentes profesionales a los padres de familia sobre la importancia de su participación directa y constante en el proceso de rehabilitación y las consecuencias de no seguir indicaciones del personal de cada área.</p> <p>6. Cada profesional cuenta con las atenciones programadas por mes y año y diariamente cada uno de ellos reporta a su jefatura inmediata las atenciones brindadas, lo que le permite conocer su rendimiento; a su vez las coordinaciones de cada área mensualmente reportan a la jefatura y dirección atenciones brindadas y su rendimiento,</p>	

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
			así como las causas del no cumplimiento de lo programado y hacen llegar estrategias para evitar o disminuir las causas detectadas y los resultados de las mismas.	
2	Limitada asignación presupuestaria para cubrir necesidades de funcionamiento del Centro.	1. Gestionar y justificar presupuesto del Centro ante autoridades institucionales.	1. Presentación de un presupuesto equilibrado en base a las necesidades reales de funcionamiento, no siendo aprobado, por lo que se cuenta con presupuesto financiado y no financiado 2016. Para cubrir éste déficit se realizan diferentes acciones como: A) Reprogramaciones de fondos. B) Solicitud de apoyo a la Administración Superior: B.1) En Gerencia Administrativa se ha solicitado apoyo a través del Fondo Circulante para contratación de mantenimiento del equipo en general el cual se encuentra en proceso en UACI, a la fecha únicamente se ha recibido apoyo para mantenimiento, revisión y reparación de la planta telefónica por \$367.25, la cual ya fue reparada. Además se ha solicitado apoyo para contratación de mantenimiento del equipo en general del Centro que se encuentra en proceso en UACI. B.2) Al Comité Técnico Financiero ISRI se ha gestionado el apoyo de diferentes necesidades por un monto total de \$ 5,232.00 para adquisición de equipo de rehabilitación para las áreas de Terapia Física y Ocupacional por un monto de \$2,750.00 y el resto para la compra de dos tanques	En proceso

**INFORME SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL ISRI
ENERO - MAYO 2016**

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		<p>2. Dar seguimiento a las diferentes solicitudes de apoyo financiero realizadas al Comité Técnico Financiero.</p> <p>3. Velar por el cumplimiento de las Políticas de Ahorro y Austeridad en el Centro y el uso racional de los bienes.</p> <p>4. Gestionar apoyo inter e intrainstitucional para solventar las necesidades que no cubre presupuesto asignado.</p>	<p>hidroneumáticos y una bomba para sistema de calentamiento solar la cual ha sido aprobada y se encuentran en trámite ante el Ministerio de Hacienda.</p> <p>2. Seguimiento periódico al Plan Anual de Adquisiciones 2016. De enero a mayo se ha ejecutado 50.54 % de Fondo General y 76.15 % de Recursos Propios. El no cumplimiento de lo programado obedece a que no se han adquirido los bienes en los rubros de materiales de oficina, informáticos, de enseñanza y aprendizaje entre otros, por encontrarse en procesos de compra en UACI.</p> <p>3. Se ha insistido con el personal sobre el uso racional de los bienes/recursos que se les proporcionan, haciendo énfasis en la optima utilización de estos sin descuidar la calidad de los diferentes servicios que se brindan.</p> <p>4. Dentro de las gestiones interinstitucional se ha logrado el apoyo ante la universidad Don Bosco y ya se tienen resultados favorables, actualmente se está en ejecución proyectos menores de mejoras desarrollados por los estudiantes egresados de las carreras de ingeniería, siendo los siguientes proyectos, restauración y pintura de 22 puertas metálicas y juegos recreativos de usuarios, habilitación de sistema de voceo interno del CRINA, mantenimiento preventivo de equipo de voceo, instalación</p>	
Elaborado por		Fecha de actualización		Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional		Junio 2016		25 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
			de tubos y lámparas tipo Led y cambios de tomas corrientes por presentar diferentes fallas de funcionamiento. Y el MINSAL ha apoyado con la revisión y reparación y ciertos repuestos gratuitos de las bombas de las cisternas de los edificios A y B.	
3	Respuesta no oportuna del departamento de Servicios Generales (unidad de Mantenimiento, Biomédica) y de Unidad de Acceso a la Información Pública a través del departamento de Informática Institucional para brindar los mantenimientos preventivos y correctivos del sistema eléctrico, hidráulico, reparaciones en la infraestructura, equipos del Centro (informáticos, industrial y biomédico).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento a las solicitudes de trabajo realizadas a Servicios Generales autorizadas por Gerencia. 2. Adquisición oportuna de materiales e insumos necesarios para el mantenimiento preventivo y correctivo. 3. Gestionar con la unidad de Informática el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos. 	La atención brindada ante las solicitudes planteadas en la mesa de servicios de las áreas de Informática y Biomédica ha sido oportuna. En cuanto a las solicitudes de mantenimiento de la infraestructura el departamento de Servicios Generales no ha dado respuesta oportuna, ya que éstas en muchos casos es tardía e inconclusa y algunas órdenes enviadas no se nos ha dado respuesta ni han sido calendarizadas en la agenda de trabajo de éste departamento a pesar de haberlas solicitado desde el 2015 e incluso al inicio de 2016, por lo que constantemente se les da seguimiento ante Gerencia Administrativa.	En proceso
4	Inasistencias del personal por permisos personales y por enfermedad que conlleva a acumulación y sobrecarga de trabajo de los demás empleados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar causas de inasistencia por enfermedades y tomar decisiones oportunas: solicitando chequeos preventivos, charlas sobre cuidados de salud personal, higiene de columna, etc. 2. Análisis para otorgamiento de permisos personales. 	El nivel de ausentismo es leve; la mayor causa son los permisos por enfermedades y citas medicas de control de los empleados y permisos personales que representan un 5.26 % (4,026 atenciones) de las horas contratadas y el 3.12 % por permisos oficiales, lo que no es atribuible al personal o al Centro. En términos generales podemos decir que el ausentismo del personal por causas propias	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	26 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
			<p>de éste es del 5.26 % del tiempo total contratado a trabajar. Cada permiso otorgado es analizado por la jefatura inmediata, quienes lo remiten a la Administración y Dirección para su otorgamiento, además de llevarse un control y análisis de todo tipo de permiso al cual tienen derecho los empleados por Ley. Se concientiza al personal para que gestione citas médicas o realice diligencias personales en los horarios que afecten lo menos posible la atención de los usuarios y que no generen carga laboral a sus compañeros de área. Cuando el personal se ve imposibilitado de realizar sus diligencias personales fuera del horario laboral asignado, se les solicita verificar los usuarios programados para que distribuya la atención de éstos entre los profesionales del área, previa anuencia de los compañeros que apoyaran en su ausencia. Se han brindado charlas preventivas para minimizar el ausentismo por enfermedad y/o accidentes laborales como: A) Presentación del Plan de seguridad y salud ocupacional 2016. B) Higiene de columna. C) Ergonomía Laboral. D) Marcha patológica. E) Cuido de tu cuerpo. F) Manejo del Stress G) Cáncer cérvico uterino. H) Simulacro de Protección y evacuación. I) Revisión de las responsabilidades de cada comité. J) Charla sobre relaciones interpersonales.</p>	

Elaborado por Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Fecha de actualización Junio 2016	Página 27 de 37
--	---	---------------------------

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
5	Disminución de la demanda de usuarios beneficiarios del ISBM.	<ol style="list-style-type: none"> Supervisar que la identificación de usuarios que ingresan a los servicios de rehabilitación del CRINA que pertenecen a ISBM sea efectiva. Supervisar que la planta de usuarios de ISBM cubra el ingreso máximo asignado al Centro, controlando asistencia de usuarios y sustitución oportuna de los egresados. Envío oportuno del trámite de pago por los servicios prestados. 	<p>K) Inteligencia Emocional.</p> <p>En año 2015 en el período de enero a mayo se contaba con 25 usuarios beneficiarios de ISBM, en el año 2016 en ese mismo período contamos con 19 usuarios inscritos, lo que representa una disminución del 24 %; más sin embargo en cuanto a los montos captados de ese período (enero a mayo) en el año 2015 se tramita la cantidad de \$4,622.00 y en el mismo período del 2016 se captó \$6,442.00, recolectando \$1,820.00 más en el mismo período del 2016 en comparación con el año 2015, lo que representa el 39.38 % de incremento en lo recolectado actualmente. Este aumento se debe a que los usuarios referidos al CRINA traen indicado mayor número de terapias. Es importante aclarar que la captación de usuarios bajo esta modalidad (convenio de servicios) depende de la libre demanda de usuarios que son referidos de ISBM al CRINA, por lo que no es atribuible al Centro la disminución presentada en cuanto al número atendidos de enero a mayo 2016. En la Asamblea General de Padres de Familia se les insto a que se incorporaran a este convenio, siempre y cuando sus hijos apliquen, ya que esto genera ingresos que se invierten en realizar mejoras en la calidad de los servicios que todos los usuarios reciben.</p>	En proceso
6	Que no se consideren los proyectos de mejoras del	1. Elaborar justificaciones técnicas y perfiles de	En febrero de 2016, dio inicio el proyecto de mejora	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	28 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CRINA	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
	Centro como prioridad institucional.	<p>proyectos de mejora a la infraestructura y equipamiento a las autoridades del Instituto.</p> <p>2. Coordinación con unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, para el seguimiento a la aprobación y ejecución de los mismos.</p> <p>3. Gestionar apoyo para la elaboración y/o ejecución de proyectos menores de mejora a la infraestructura con instituciones idóneas.</p>	a la infraestructura del CRINA consistente en remodelación de Piscina Terapéutica y Tanques de Remolino, cambio de pisos en edificio "A", y cambio de techo en ambiente de Terapia Física 21"A", así como también la construcción de cisterna de 110 metros cúbicos. En cuanto al proyecto Fotovoltaico del CRINA éste se encuentra en la unidad de Planificación quien al momento ha manifestado que no procederá por la opinión desfavorable de la SIGET. No obstante como Centro seguiremos insistiendo a fin de superar las observaciones y poder ejecutar dicho proyecto.	

Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

Nº	Riesgo identificado por el CRIO	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Demanda de atención en Terapia de Lenguaje mayor a la capacidad de respuesta por el número de recursos disponibles para la atención.	<p>1. Solicitud a Gerencia Médica del ISRI para el acompañamiento de equipo del CALE en el control del riesgo.</p> <p>2. Diagnóstico conjunto de CRIO-CALE de la demanda insatisfecha y las posibles estrategias a implementar.</p> <p>3. Definición de estrategias adoptadas.</p> <p>4. Aplicación y monitoreo de las estrategias implementadas.</p> <p>5. Informe bimensual.</p>	<p>Se realizó la coordinación con el CALE para controlar el riesgo pero no se logró establecer el trabajo para el diagnóstico y definición de estrategias.</p> <p>Se realizó la gestión con la dirección central del ISRI para el traslado de personal de Terapia de Lenguaje del Centro de Rehabilitación de Ciegos al CRIO, logrando que el recurso humano iniciara labores el lunes 2 de mayo 2016.</p>	Controlado

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	29 de 37

Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)

Nº	Riesgo identificado por el CRIOR	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Bajo rendimiento en las metas de atenciones programadas.	Revisión de cupos y horarios, revisión de inasistencias de usuarios.	Monitoreo de asistencia de usuarios y como resultado se ha obtenido un incremento, del 79.98 % del año 2015 al 81.88 % periodo actual en el rendimiento de las metas de atención programada. Realización de gestiones necesarias para cubrir plaza vacante de Terapeuta y Médico Especialista.	En proceso
2	Pobre ejecución del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) de acuerdo a lo programado.	Monitoreo mensual o de acuerdo al plazo del periodo programado. Pedir informes a Almacén.	De acuerdo al plazo programado de las compras se ha ejecutado de enero a mayo del 2016, en Fondo General el 42 % y de Recursos Propios el 78 %.	Controlado
3	Falta de interés en el cumplimiento de las normativas por parte del personal (política de ahorro, reglamento interno, lineamientos girados por autoridades superiores).	Reforzamiento a través de charlas de las normativas existentes y actualizadas. Aplicar el reglamento interno por negligencia presentada.	Política de Ahorro: Celebración de Feria Energética, (para sensibilizar el ahorro y buen uso de la energía). Cumplimiento y aplicación de lo establecido por el Reglamento Interno.	Controlado

Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)

Nº	Riesgo identificado por el CRP	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falta de demanda de los servicios de atención.	Promoción de los servicios a nivel de escuelas, iglesias, alcaldías, ferias, otras instituciones relacionadas.	No se han efectuado a la fecha promoción de los servicios.	No controlado
2	No contar con el personal técnico para el cumplimiento	Actividades de Salud Mental, concientización.	Se ha realizado una actividad de salud mental, y	Controlado

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	30 de 37

Nº	Riesgo identificado por el CRP	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
	de la demanda de los servicios.		dos charlas motivacionales y de concientización al personal.	

Unidad de Asesoría Jurídica

Nº	Riesgo identificado por Asesoría Jurídica	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Vacios en las normativas, normativas obsoletas y normativas nuevas con contradicciones.	Nos pronunciamos ante tal circunstancia para eliminar el vacío o contradicción.	Al momento de dar respuesta a la consulta por la unidad interesada se le sugiere preferentemente la aplicabilidad de leyes de la Republica. También se ha conformado desde la Presidencia grupos de trabajo como el CTF (Comité Técnico Financiero) cuyo rol es conocer los diferentes criterios y adoptar el más adecuado conforme a los intereses institucionales, apegados a los diferentes instrumentos legales.	Controlado
2	Actualmente se ha detectado que las unidades que deben brindar opinión sobre un tema que les compete por ley, evaden fundamentar su propio criterio, asumiendo que todo es opinión de la unidad Jurídica o de presidencia, recargando el trabajo de la unidad Jurídica y de presidencia.	Pronunciamiento para delimitar competencia jurídica.	Siempre se externa que la opinión jurídica debe contar con la opinión propia de la unidad consultante, por lo que previo a emitir opinión se solicita la del interesado, como por ejemplo UACI, RRHH, DIRECCIONES, las cuales únicamente son respaldadas o no por la unidad Jurídica.	Controlado
3	Ausencia de información escrita, clara y pertinente con relación a las consultas jurídicas que hacen las diferentes áreas.	Realizar entrevistas directas con el consultante apoyando en que se tome una decisión más acorde a la ley y normativa interna o detectar si es por ignorancia inexcusable o malicia en no	Si se detecta ausencia de información, se le requiere a la unidad consultante y se le advierte la importancia de fundamentar y documentar su consulta para poder apoyarles.	Controlado

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	31 de 37

Nº	Riesgo identificado por Asesoría Jurídica	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		dar una opinión escrita.		

Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional

Nº	Riesgo identificado por Planificación	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Falta de recursos financieros para cumplir con los nuevos objetivos del ISRI.	Gestión ad hoc ante organismos internacionales y otras agencias de cooperación.	Se han realizado gestiones ante diferentes organismos internacionales, agencias de cooperación y el Ministerio de Hacienda.	En proceso
2	Falta de suficiente recurso humano dado que se han incorporado obligaciones extraordinarios.	Gestión ante el Ministerio de Hacienda la asignación de dos plazas nuevas de técnico en Planificación.	Se ha incorporado en el proyecto de presupuesto del ISRI para el 2017, la asignación de plazas.	En proceso

Unidad de Regulación

Nº	Riesgo identificado por Regulación	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	No contar con las normativas institucionales aprobadas.	Apoyo de las autoridades. Reuniones con jefes de unidades, directores y asesorías.	Propuesta de revisión de normativas del área médica y técnica a Gerencia Médica. 6 de enero 2016. Solicitud de normativas y reunión que corresponden al área administrativa y están en proceso. 12 de febrero 2016. Correo institucional para dirección del CAASZ del mes de marzo para continuar la revisión de documentos del Centro; que quedaron en proceso con el	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	32 de 37

Nº	Riesgo identificado por Regulación	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
			cambio de dirección. Correo institucional y reuniones solicitud de continuar con la revisión de cinco documentos del departamento de Recursos Humanos. Reuniones con personal involucrado en diferentes comisiones para revisión de documentos en proceso.	

Departamento de Recursos Humanos

Nº	Riesgo identificado por Recursos Humanos	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	No poder ingresar al sistema SIRHI, para elaborar planillas.	Solicitar requerimiento al Ministerio de Hacienda.	Ningún problema se presentó durante el periodo, para ingresar al sistema.	Controlado
2	No poder imprimir las planillas.	Solicitar apoyo a Informática o unidades de la Administración Superior.	Ningún problema se presentó durante el periodo, para ingresar al sistema.	Controlado
3	No contar con un sistema y equipo informático para la digitalización de expedientes de los empleados.	Gestionar en Gerencia la dotación del equipo requerido.	Se presentó como proyecto.	En proceso

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

Nº	Riesgo identificado por la UACI	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Seguimiento oportuno a órdenes de compra y contratos generados de los diferentes procesos de	Contratación de personal para fortalecer los procesos de ejecución de las órdenes de compra y contratos,	Se contrató a Técnico UACI a partir del 15 de febrero de 2016, brindando prioridad a la devolución de garantías	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	33 de 37

Nº	Riesgo identificado por la UACI	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
	compra.	devolución de garantías, contacto con los administradores de contrato y órdenes de compra, realizar procesos de imposición de multas por incumplimientos, así como el ingreso de contratos y elaboración de solicitudes de pedido en COMPRASAL.	que estaban vencidas desde los años 2011 a 2014, necesitando para ello estar en contacto con administradores de contrato, contratistas y emisores de garantías.	
2	Insuficiente espacio físico para el resguardo de documentos generados en los procesos de compra.	Resguardo de los documentos existentes, aplicando lo establecido en LACAP. Atender instrucciones del Oficial de Información, para la depuración de documentos.	Se ha enviado memorándums UACI 0133/2016 de fecha 10 de febrero de 2016, 0261/2016 de fecha 09 de marzo de 2016 y 0406/2016 de fecha 20 de mayo de 2016 a Oficial de Información solicitando brindar las indicaciones respectivas para proceder a depurar los documentos existentes en la UACI de los años comprendidos del 2000 al 2003. A la fecha solamente se ha tenido visita de Sra. Marilú Segovia, (personal de la UAIP, a quien se le demostró los documentos a depurar).	No controlado

Unidad Financiera Institucional (UFI)

Nº	Riesgo identificado por la UFI	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Incremento del margen de "error humano" por obsolescencia de aplicativos.	Gestionar creación de aplicativos que sustituyan los procesos manuales de elaboración de recibos y control de ingresos, así como de emisión de Quedan y Comprobantes de	No se ha concretado la actividad para la UFI, porque solo ha habido conversaciones sobre la necesidad de tener un programador a nivel institucional que pueda	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	34 de 37

Nº	Riesgo identificado por la UFI	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
		Retención que actualmente se hacen manualmente.	elaborarnos programas informáticos. Este riesgo se ha retomado de forma institucional y lo está valorando la Presidencia del ISRI con su grupo asesor.	
2	Insuficiencia en la capacitación y motivación al personal del área ante una sobrecarga de trabajo.	1. Tramitar interna y externamente capacitaciones para formación de personal. 2. Tramitar interna y externamente charlas motivacionales para mejorar salud mental de personal.	La actividad ha comenzado a tener movimiento porque ya se nos ha convocado a capacitaciones, solo se está coordinando que se valore no realizarlas en la última semana del mes a fin que asista todo el personal de la UFI, aunque aún está pendiente recibir capacitaciones específicas del área financiera, así como dedicar tiempo a la parte humana y psicológica de las personas, más cuando los puestos como los de la UFI son de constante estrés y algunos elementos ya resienten en su salud los efectos de dichas situaciones.	En proceso

Unidad de Acceso a la Información Pública (UAIP)

Nº	Riesgo identificado por la UAIP	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
1	Retraso en entrega de información solicitada por las personas (naturales o jurídicas).	Las solicitudes de información son tabuladas en un sistema informático que mide los tiempos para cumplir con el plazo de entrega. Asimismo, internamente se maneja un plazo menor al de ley para contar con un margen de error.	En conjunto a las Jornadas de Ética Gubernamental, se hace conciencia a los servidores públicos del ISRI a acatar los plazos de ley para la entrega oportuna de la información.	Controlado
2	Pérdida de información indispensable para el desarrollo de	Establecer procedimientos para la protección de la información local	1. Contar con política de contraseñas, para que cada usuario	En proceso

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	35 de 37

Nº	Riesgo identificado por la UAIP	Actividad de control programada	Actividad de control realizada entre enero y mayo 2016	Situación del riesgo (controlado, en proceso, no controlado, sin seguimiento)
	las actividades de los usuarios que accedan a la red institucional.	de las computadoras que ingresan a la red institucional.	de la red local ingrese con su contraseña personal y además que ésta caduque cada cierto tiempo. 2. Contratación de Servicio de Firewall para controlar el ingreso de los usuarios que tienen acceso a internet y correo electrónico, evitando el mal uso de este servicio por parte de los usuarios hacen uso de la red institucional. 3. Programa antivirus actualizado en los servidores y las computadoras que accedan a la red local, para la protección de la información de amenazas de virus.	

Conclusiones

1. La matriz utilizada para el seguimiento de los riesgos facilitó que las unidades organizativas completaran lo solicitado en concordancia con lo programado.
2. Las 18 unidades organizativas que identificaron riesgos dieron seguimiento a las actividades de control programadas, agregándose, en junio, la UAIP.
3. En enero 2016 se reportaron 64 riesgos identificados por las diferentes unidades organizativas; sin embargo, en junio, el CAASZ eliminó 15 riesgos, sustituyéndolos por tres nuevos, y la UAIP identificó dos; por lo que, el total de riesgos identificados quedó en 54.
4. Del total de riesgos, 47 (87 %) se encontraron en situación de control o en proceso, es decir, en este último caso, que para mayo las actividades para controlarlos no se habían concluido.
5. En cinco casos (9 %), el riesgo persistía, dado que las actividades de control no fueron efectivas.
6. Se espera, que en lo resta del año, se realicen acciones sobre los dos riesgos que no tuvieron seguimiento.
7. Para cada riesgo identificado, las diferentes unidades organizativas describieron una o más actividades de control, observándose que, en algunos casos, estas actividades fueron ampliamente detalladas, en cambio, en otros casos su descripción fue muy breve.
8. Se observó que las actividades realizadas, no siempre tuvieron relación con las actividades de control programadas.

Elaborado por	Fecha de actualización	Página
Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional	Junio 2016	37 de 37