



**BANCO HIPOTECARIO DE LA VIVIENDA
AUDITORÍA INTERNA**

**INFORME FINAL
OP-OPR-009-2025**

AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

23 DE JUNIO 2026

RESUMEN EJECUTIVO

¿Qué examinamos?

La Auditoría de Cumplimiento de la Gestión de Riesgos tuvo como objetivo evaluar el grado de alineación de los procesos, instrumentos y prácticas de gestión de riesgos del Banco Hipotecario de la Vivienda con la normativa aplicable, particularmente el Acuerdo SUGEF 2-10, el Acuerdo CONASSIF 4-16, el marco SEVRI y las Normas de Control Interno para el Sector Público.

El análisis comprendió el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2025 e incluyó la revisión de los principales componentes del sistema de gestión de riesgos, tales como los informes de seguimiento, la Declaración de Apetito de Riesgo, el Sistema de Información Gerencial, el Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos, los informes de cultura de riesgos, la idoneidad del personal, el cuadro de sucesión y el reglamento del Comité de Riesgos.

¿Por qué es importante?

La gestión de riesgos constituye un elemento esencial para la gobernanza institucional, en tanto permite a la Junta Directiva y a la Alta Administración contar con información oportuna, confiable y suficiente para la toma de decisiones.

El cumplimiento del marco normativo aplicable no solo responde a una exigencia regulatoria, sino que garantiza la existencia de procesos estructurados, trazables y consistentes para la identificación, medición, monitoreo y control de los riesgos institucionales, como segunda línea de defensa institucional. Debilidades en estos elementos pueden afectar la calidad de la información, la efectividad de la supervisión y la capacidad del Banco para gestionar su exposición al riesgo de manera integral.

¿Cómo lo auditamos?

La auditoría se desarrolló mediante técnicas de revisión documental, análisis normativo y contraste de prácticas institucionales con los requerimientos regulatorios, incluyendo:

- a. Revisión de informes trimestrales y reportes al Órgano de Dirección.
- b. Análisis de la Declaración de Apetito de Riesgo y su política asociada.
- c. Evaluación del Sistema de Información Gerencial en materia de riesgos.
- d. Revisión del Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos y su seguimiento.
- e. Análisis de informes de cultura de riesgos.
- f. Verificación documental de expedientes de personal y procesos de evaluación de desempeño.
- g. Revisión del reglamento del Comité de Riesgos frente a la normativa prudencial aplicable.

¿Qué encontramos?

Si bien el Banco dispone de un marco formal de gestión de riesgos, se identificaron debilidades de carácter estructural que afectan su efectividad, principalmente asociadas a: (i) limitaciones en la calidad, utilidad y oportunidad de la información generada para la toma de decisiones; (ii) ausencia o insuficiente formalización de procesos clave para la gestión, seguimiento y control del riesgo; y (iii) desalineamientos en instrumentos metodológicos y normativos, particularmente en el Apetito de Riesgo, los mecanismos de reporte, la gestión de talento estratégico y el reglamento del Comité de Riesgos. En conjunto, estas situaciones limitan la trazabilidad, consistencia y capacidad del sistema para apoyar una gestión integral del riesgo conforme a las exigencias regulatorias.

¿Qué sigue?

Las oportunidades de mejora identificadas se orientan a fortalecer el sistema de gestión de riesgos desde un enfoque estructural, priorizando:

- a. La formalización de lineamientos, metodologías y procedimientos clave.

- b. El fortalecimiento del Sistema de Información Gerencial y la calidad de los reportes.
- c. La consolidación del Apetito de Riesgo como instrumento operativo y medible.
- d. La mejora en la gobernanza del proceso de riesgos y en el rol de los órganos de dirección.
- e. El fortalecimiento de los controles en la gestión de talento en puestos estratégicos.
- f. La alineación normativa de los instrumentos institucionales, particularmente el reglamento del Comité de Riesgos.

En conjunto, estas acciones buscan evolucionar el sistema hacia un modelo más robusto, consistente y orientado a la toma de decisiones, asegurando el cumplimiento del marco regulatorio y el fortalecimiento de la gestión institucional del riesgo.

INDICE GENERAL

RESUMEN EJECUTIVO	2
1. INTRODUCCION.....	6
1.1 Origen del estudio.....	6
1.2 Objetivo General	6
1.3 Alcance	6
1.4 Metodología aplicada	6
1.5 Comunicación preliminar de los resultados del estudio	7
2. RESULTADOS.....	7
Se detallan a continuación las principales observaciones derivadas del análisis de los documentos y procesos revisados:.....	7
2.1 Informes trimestrales presentados por la Unidad de Riesgos	7
2.2 Informes de Gobernanza y Gestión de riesgos	10
2.3 Declaración apetito de riesgo (Versión 5, vigente 2026)	13
2.4 Reporte de Riesgos al órgano de dirección.....	16
2.5 Revisión del Plan de trabajo de la Unidad de Riesgos.....	17
2.6 Validar el informe anual de cultura de riesgos	19
2.7 Idoneidad del nombramiento de la Encargada de la Unidad de Riesgos.....	21
2.8 Incumplimiento en la aprobación de la evaluación de desempeño	24
2.9 Cuadro de Sucesión de la Unidad de Riesgos	28
2.10 Actualización de Reglamento sobre el funcionamiento del comité de riesgos	31
3. CONCLUSIONES.....	35
4. RECOMENDACIONES	39
4.1. A GUILLERMO CARAZO RAMIREZ, PRESIDENTE DE JUNTA DIRECTIVA O A QUIEN EJERZA EL CARGO:	40
4.2 AL COMITÉ DE RIESGOS (Aunque no ha sido nombrado)	42
4.3 A WALTER MUÑOZ CARAVACA, GERENTE GENERAL O A QUIEN EJERZA EL CARGO:	42
4.4 A MARGOTH CAMPOS BARRANTES, DIRECTORA ADMINISTRATIVA O A QUIEN EJERZA EL CARGO:	43
4.5 A KENLLY VEGA BARQUERO, ENCARGADA DE LA UNIDAD DE RIESGOS O A QUIEN EJERZA EL CARGO:	44
ANEXO N°1	47
ANEXO N°2	477

1. INTRODUCCION

1.1 Origen del estudio

Esta evaluación se realiza de conformidad con lo establecido en el Plan Anual de Trabajo 2025, y en atención al cumplimiento de la normativa aplicable en materia de gestión de riesgos, incluyendo lo dispuesto en los Acuerdos SUGEF 2-10 y SUGEF 17-13, así como el marco SEVRI, los cuales fueron considerados en el desarrollo del estudio.

1.2 Objetivo General

Evaluar el cumplimiento y la alineación de los procesos de gestión de riesgos del BANHVI con la normativa aplicable y los procedimientos institucionales, mediante la revisión de los principales componentes del sistema de gestión de riesgos, a fin de determinar su consistencia, suficiencia y adecuación para apoyar la toma de decisiones y el control institucional.

1.3 Alcance

Este estudio se realizó al periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre 2025.

Esta evaluación se realizó con el fin de verificar las actividades realizadas por la Unidad de riesgos cumplen con los objetivos estratégicos: “Mejorar y fortalecer, de manera sistemática, el ambiente de control y la cultura de cumplimiento, así como el alineamiento organizacional para la gestión de riesgos”.

1.4 Metodología aplicada

Las actividades de auditoría se realizaron de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna en el sector público, y con base en lo establecido en el Manual de Procedimientos de Auditoría Interna para la Fiscalización de Control Interno, emitido y aprobado por el Auditor Interno.

La metodología incluyó la revisión y análisis de documentación relevante, tales como informes, políticas, procedimientos, actas y demás información suministrada por la Unidad de Riesgos del Banco Hipotecario de la Vivienda, así

como su contraste con la normativa aplicable. La auditoría fue realizada de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público emitidas por la Contraloría General de la República.

1.5 Comunicación preliminar de los resultados del estudio

La reunión de presentación de resultados de la revisión de auditoría (conferencia final) se realizó mediante reunión virtual, con la participación del Jefatura de la Dirección Administrativa.

El informe preliminar fue remitido a la Unidad de Riesgos mediante el oficio BANHVI-AI-OF-031-2026, de fecha 27 de marzo de 2026, con el propósito de recabar sus apreciaciones y comentarios. Dichas observaciones fueron atendidas mediante el oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026, emitido el 10 de abril de 2026. No obstante, el análisis del descargo antes citado se desarrolla en el anexo N°2.

2 RESULTADOS

Se detallan a continuación las principales observaciones derivadas del análisis de los documentos y procesos revisados:

2.1 Informes trimestrales presentados por la Unidad de Riesgos

Del análisis de los informes de seguimiento de riesgos correspondientes al I, II, III y IV trimestre del año 2025, se determinó que la institución realiza un seguimiento periódico y formal de los riesgos financieros y no financieros, conforme a la metodología establecida. No obstante, dicho seguimiento se concentra principalmente en la presentación del estado de los indicadores de riesgo y en el avance administrativo de las acciones de mitigación, sin evidenciar de forma consistente la reevaluación del nivel de riesgo residual ni la validación de la efectividad de las acciones implementadas para reducir la probabilidad o el impacto de los riesgos identificados.

De acuerdo con los informes de seguimiento de riesgo operativo, y en particular el correspondiente al IV trimestre de 2025, se solicitó a la Unidad de Riesgos mediante correo electrónico enviado el 12 de febrero la evidencia que respaldara

el avance reportado del 100% en el anexo N°1. Posteriormente, mediante correo remitido el 18 de febrero, la Jefatura de la Unidad de Riesgos indicó que la tabla utilizada a nivel del Comité de Riesgos fue diseñada conforme a lo solicitado por dicho órgano en ese momento. Explicó que el reporte presenta, por dependencia, la cantidad de riesgos identificados (riesgos registrados), la totalidad de planes y controles establecidos para su atención (Total Controles CI-P-T), los planes vencidos (En seguimiento P T) y el estado de atención al cierre del mes (Avance a noviembre). Señaló que las dependencias que muestran un 100% de avance son aquellas que, al corte del reporte, no presentan planes de atención vencidos, por lo que ese porcentaje se asocia directamente a la columna *"En seguimiento P T"*, por lo que la indicación de estar al 100% no significa que los planes estén debidamente cumplidos.

Se revisó además la minuta 14-2024, correspondiente a la sesión del 24 de octubre de 2024, en la cual se solicitó adicionar columnas a la tabla para facilitar su comprensión; no obstante, la grabación de la sesión se encuentra incompleta debido a que se detuvo antes de finalizar. De acuerdo con lo señalado por la Jefatura de Riesgos en el correo del 18 de febrero, en dicha sesión del Comité se discutió la composición de la tabla y se solicitó modificar su estructura, incluyendo una columna adicional para detallar los planes en proceso. No obstante, en los informes analizados dicha columna no se encontraba visible.

De acuerdo con el Plan de acción para la corrección de debilidades del estudio SUGEF SGF-0131-2026 / SGF-DSI-0009-2026, la observación señalada coincide con la identificada por esta Auditoría.

De conformidad con el Acuerdo SUGEF 2-10, artículo 23 *"Sistema de Información Gerencial"*:

"El Sistema de Información Gerencial de la entidad debe ser acorde con el tipo, complejidad, cantidad y volumen de sus exposiciones de riesgo, esto para los diferentes tipos de riesgos a los que se encuentra expuesta la entidad."

"Sin perjuicio de los contenidos de información y de las frecuencias de reporte que la entidad haya establecido en su Sistema de Información Gerencial, deberá incorporarse el reporte de forma mensual al Órgano de Dirección de los indicadores de apetito por riesgo, las desviaciones respecto de los niveles establecidos en la Declaración de Apetito por Riesgo..."

La condición evidenciada muestra que los informes se concentran en la presentación de indicadores y avances administrativos, sin incorporar elementos que permitan analizar integralmente la exposición al riesgo, su evolución, la efectividad de las acciones implementadas ni la variación del riesgo residual, lo que limita que la información refleje adecuadamente la complejidad y comportamiento real de los riesgos institucionales. Asimismo, no se evidencia el desarrollo de las desviaciones ni su análisis, lo cual limita la capacidad de los usuarios para comprender la situación del riesgo en relación con los niveles definidos en la Declaración de Apetito por Riesgo.

Adicionalmente, el Acuerdo CONASSIF 4-16, artículo 26 *“Comité de Riesgos”* establece:

“El comité debe recibir informes periódicos y oportunos del director de riesgo o quien asuma este rol... sobre el Perfil de Riesgo actual de la entidad, de los límites y métricas establecidas, las desviaciones y los planes de mitigación.”

La disposición normativa establece que el Comité de Riesgos debe recibir informes periódicos que incluyan el perfil de riesgo, las desviaciones y los planes de mitigación, como insumos para el ejercicio de sus funciones de supervisión. En la condición observada, si bien los informes contienen información sobre el estado de los riesgos y el avance de los planes, no incorporan elementos que permitan comprender de manera clara las desviaciones respecto de los niveles definidos ni la efectividad de las medidas de mitigación, lo cual limita la capacidad del Comité para valorar adecuadamente el comportamiento del riesgo y dar seguimiento efectivo a los planes de mitigación.

En cuanto a las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE):

Artículo 5.6.1:

“La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos u omisiones...”

Artículo 5.6.2:

“Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado...”

Las disposiciones citadas resultan aplicables en tanto la información contenida en los informes de seguimiento de riesgos constituye un insumo para la toma de decisiones institucionales. En la condición observada, la ausencia de análisis integral, la falta de claridad en indicadores como el *"100% de avance"* y la inexistencia de elementos que permitan validar la efectividad de las acciones de mitigación limitan la confiabilidad y adecuada interpretación de la información, así como su utilidad oportuna para el seguimiento y control del riesgo.

La situación identificada se origina por la ausencia de lineamientos internos para el contenido mínimo del informe, particularmente en lo relativo a la incorporación de análisis de desviaciones, evaluación del riesgo residual y validación de la efectividad de las acciones de mitigación.

Como consecuencia de lo anterior, los informes de seguimiento de riesgos presentan limitaciones para apoyar adecuadamente el monitoreo integral del riesgo institucional y la toma de decisiones estratégicas, en tanto no permiten valorar de forma completa la evolución del riesgo ni la efectividad de las acciones implementadas, lo cual puede afectar la trazabilidad de las acciones de mitigación y la confiabilidad de los resultados reportados ante instancias directivas o de control.

En consecuencia, a pesar de lo señalado en el informe de descargo que se analiza en los anexos, se mantiene el hallazgo, la recomendación formulada y el nivel de riesgo asignado, al tratarse de una debilidad que afecta la calidad de la información utilizada por las instancias de gobierno y supervisión para la gestión integral del riesgo institucional. En ese sentido, la situación observada corresponde a una debilidad que incide en la capacidad de los informes para cumplir su finalidad de monitoreo del riesgo, conforme a lo dispuesto en el Acuerdo SUGEF 2-10 y el Acuerdo CONASSIF 4-16, así como en las cualidades de utilidad, confiabilidad y claridad de la información, en los términos de las Normas de Control Interno.

2.2 Informes de Gobernanza y Gestión de riesgos

Desde la perspectiva de gobernanza y control del proceso de gestión de riesgos, se detectó que:

1. Las dependencias pueden solicitar ajustes en las fechas de cumplimiento de los planes cuando requieren mayor tiempo para atenderlos; no obstante, no se presentó evidencia de un procedimiento formal que regule dicha reprogramación, incluyendo criterios de aprobación, justificación documentada o evaluación del impacto de los cambios.
2. Los controles incluidos en el sistema fueron definidos hace tiempo y su actualización depende principalmente de la autoevaluación realizada por cada dependencia en el marco del ejercicio VARI, así como de la certificación institucional emitida en dicho proceso, sin que se observe evidencia de una revisión independiente o periódica por parte del área de riesgos.
3. En el marco de las sesiones del Comité de Riesgos, se han planteado ajustes en la estructura de la información utilizada para el seguimiento (como la incorporación de columnas adicionales); sin embargo, no se evidencia que dichos requerimientos se hayan implementado de manera consistente, ni que exista un mecanismo formal que asegure la incorporación, seguimiento y control de los acuerdos adoptados por dicho órgano.

De conformidad con las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE):

Artículo 4.1 – Actividades de control:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar las actividades de control pertinentes...”

La disposición normativa establece la obligación de diseñar, implementar y evaluar actividades de control que regulen los procesos institucionales. En la condición observada, la reprogramación de planes se realiza sin un procedimiento formal que establezca criterios, aprobación y evaluación de impacto, lo que evidencia la ausencia de actividades de control debidamente diseñadas y aplicadas en este ámbito.

4.2 e) Documentación

“Las actividades de control deben documentarse mediante su incorporación en los manuales de procedimientos...”

La norma exige que las actividades de control se encuentren formalmente documentadas. En la condición observada, no se evidenció la existencia de procedimientos formales que regulen aspectos relevantes del proceso, como la reprogramación de planes o la incorporación de ajustes derivados de acuerdos del Comité de Riesgos, lo que limita su aplicación consistente y controlada.

6.1 – Seguimiento del sistema de control interno

“...el jerarca y los titulares subordinados deben establecer actividades permanentes y periódicas de seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno...”

“...así como asegurar que los hallazgos detectados sean atendidos oportunamente...”

La Norma 6.1 resulta aplicable en tanto la condición detectada evidencia debilidades en el seguimiento del proceso de gestión de riesgos, particularmente en la ausencia de mecanismos que permitan valorar de forma periódica la calidad de la información generada y asegurar la atención oportuna de las situaciones identificadas. En este sentido, la falta de análisis, verificación y seguimiento de los resultados limita la capacidad institucional para cumplir con el deber de monitoreo continuo del sistema de control interno conforme a lo establecido en dicha norma.

4.5.1 Supervisión constante

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al SCI , así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.”

La norma resulta aplicable en tanto la condición evidencia la ausencia de supervisión constante sobre procesos clave de la gestión de riesgos, tales como la reprogramación de planes, la actualización de controles y el seguimiento de acuerdos del Comité de Riesgos, lo que refleja debilidades en la vigilancia del desarrollo de la gestión y en la observancia de las regulaciones del sistema de control interno.

La situación identificada se asocia con la inexistencia de disposiciones formales que regulen aspectos relevantes del proceso de gestión de riesgos, tales como la reprogramación de planes, la actualización de controles y el seguimiento de los acuerdos del Comité de Riesgos, lo cual limita la aplicación consistente y controlada de dichas actividades.

Como consecuencia de lo anterior, no se dispone de elementos suficientes para verificar de manera uniforme la justificación, aprobación y ejecución de los cambios en los planes, la vigencia y pertinencia de los controles definidos, ni el grado de cumplimiento de los acuerdos adoptados en el Comité de Riesgos. Esta situación limita la posibilidad de dar seguimiento sistemático al proceso y de contar con evidencia consistente sobre su ejecución.

En ese sentido, lo que señala la Administración no se puede comprobar en la información analizada, por lo que se mantiene la condición observada, al no evidenciarse la existencia de procedimientos formales y documentados que regulen los aspectos señalados, conforme a las Normas de Control Interno para el Sector Público.

2.3 Declaración apetito de riesgo (Versión 5, vigente 2026)

Desde una perspectiva integral del proceso de definición, formalización y gobernanza del Apetito de Riesgo institucional, se identificó lo siguiente:

1. En la Declaración de Apetito de Riesgo Institucional del BANHVI (Versión 5, vigente 2026), específicamente en el Anexo 1 de la matriz de apetito, existen indicadores relevantes para la gestión institucional que carecen de límites de apetito, tolerancia y capacidad, incluyendo el KRI62 – desviaciones en cronogramas de proyectos FOSUVI y el KRI37 – concentración de administración de recursos FOSUVI por entidad autorizada, así como nuevos indicadores asociados a empresas constructoras, nivel de superávit FOSUVI, índice de rotación y tiempos de reclutamiento, entre otros, los cuales se encuentran consignados como “por definir” en las tres columnas de límites. Asimismo, aunque se establece un apetito conservador para el riesgo estratégico, no se definen métricas, parámetros cuantitativos ni umbrales de referencia que permitan su medición.

2. El documento no detalla la periodicidad de revisión de los indicadores, ni establece con claridad la frecuencia mínima de revisión, la frecuencia de actualización de los límites ni los responsables del monitoreo para cada indicador. Asimismo, no se evidencia la definición de procedimientos relacionados con la validación periódica de modelos, incluyendo la realización de backtesting y stress testing, ya que, aunque se señala la utilización de análisis históricos, prospectivos y pruebas de estrés disponibles, no se establecen la periodicidad de estas prácticas, los responsables de su ejecución, la documentación requerida ni los criterios técnicos para la revisión de los supuestos y parámetros utilizados.
3. La Política Institucional de Apetito de Riesgo (POINST GRI 014) fue aprobada por la Junta Directiva en la sesión 59-2025 del 25 de setiembre de 2025, con posterioridad a la aprobación de la Declaración de Apetito de Riesgo 2025, la cual fue aprobada en la sesión 46-2025 del 04 de agosto de 2025, por lo que la Declaración fue aprobada sin que la política estuviese actualizada, y dado que ésta establece los lineamientos formales del proceso, sin que estuviera previamente emitida.

De conformidad con la Política Institucional de Apetito de Riesgo (POINST GRI 014):

Numeral 1:

“El BANHVI mantendrá una Declaración de Apetito de Riesgo que contendrá [...] la definición de los niveles de apetito, tolerancia y capacidad [...] los indicadores de riesgo (KRI) y su monitoreo [...]”

Numeral 4:

“Las áreas administrativas [...] serán responsables de realizar un seguimiento mensual o bien con la periodicidad de medición que se establezca y apruebe para cada indicador de riesgo (KRI) [...]”

Numeral 7:

“La Declaración de Apetito de Riesgo, sus límites e indicadores se revisarán al menos una vez cada dos años [...] pudiendo realizarse [...] ajustes parciales [...]”

De conformidad con el Acuerdo SUGEF 2-10, Reglamento sobre Administración Integral de Riesgos:

Artículo 6

“...es responsabilidad del Órgano de Dirección de cada entidad establecer las políticas que regirán su proceso de Administración Integral de Riesgos...”
“...incluyendo la Declaración de Apetito de Riesgo...”

“La entidad debe contar con mecanismos de acción correctiva que atiendan desviaciones con respecto a los niveles de apetito de riesgo declarados...”

“Las entidades deben llevar a cabo un seguimiento periódico y oportuno de sus indicadores de apetito por riesgo...”

La disposición del artículo 6 establece que el Órgano de Dirección es responsable de definir las políticas del proceso de administración de riesgos, incluyendo la Declaración de Apetito de Riesgo. En la condición observada, la existencia de indicadores sin límites definidos, la ausencia de parámetros de medición, la falta de definición de periodicidades y la aprobación de la Declaración sin una política previamente formalizada evidencian debilidades en la definición y estructuración de ese proceso, lo que no es consistente con lo dispuesto en dicha norma.

La situación identificada se asocia con la inexistencia de disposiciones internas suficientemente desarrolladas y formalizadas que regulen de manera integral el proceso de definición, actualización y seguimiento del Apetito de Riesgo institucional, particularmente en lo relativo a la definición completa de los niveles de apetito, tolerancia y capacidad para todos los indicadores (KRI), la determinación de periodicidades de monitoreo y responsables, así como la estructuración metodológica para la incorporación y ajuste de dichos elementos dentro de la Declaración.

Como consecuencia de lo anterior, el Banco se expone a riesgos en la toma de decisiones estratégicas y operativas, al no contar con información suficientemente estructurada y cuantificable que permita valorar de manera objetiva su nivel de exposición al riesgo.

Asimismo, se incrementa el riesgo de incumplimiento del marco regulatorio aplicable en materia de administración integral de riesgos, en tanto la definición del apetito de riesgo no se encuentra completa ni soportada en parámetros que permitan su monitoreo efectivo, conforme a lo dispuesto en el Acuerdo SUGEF 2-10.

Adicionalmente, la ausencia de parámetros definidos limita la capacidad institucional para medir, monitorear y reportar de manera consistente la exposición a los riesgos asociados a los indicadores definidos en la Declaración de Apetito de Riesgo, incluyendo aquellos vinculados a ámbitos como FOSUVI y la gestión de recursos humanos.

En conjunto, estas situaciones pueden incidir en la capacidad del Banco para gestionar de forma oportuna y consistente sus riesgos institucionales.

En consecuencia, con base en la información analizada en el anexo adjunto, se mantiene la condición observada en los términos expuestos.

2.4 Reporte de Riesgos al órgano de dirección

La Unidad de Riesgos presenta mensualmente al Comité de Riesgos los indicadores de apetito de riesgo, sus desviaciones y sus justificaciones. Sin embargo, al Órgano de Dirección esta información se remite mediante un informe trimestral, por lo que, de acuerdo con la evidencia examinada, los indicadores de apetito de riesgo, sus desviaciones, la suficiencia patrimonial y las estimaciones por deterioro del riesgo de crédito no se reportan con la periodicidad mensual requerida.

De conformidad con el Acuerdo SUGEF 2-10, Reglamento sobre Administración Integral de Riesgos:

Artículo 23 – Sistema de Información Gerencial:

*“[...] deberá incorporarse **el reporte de forma mensual al órgano de dirección** de los indicadores de apetito por riesgo, las desviaciones respecto de los niveles establecidos en la declaración de Apetito por Riesgo, la suficiencia patrimonial y la composición del capital base, así como estimaciones registradas para hacer frente al deterioro por riesgo de crédito.”* (El destacado es nuestro)

Este criterio aplica directamente porque establece la obligación de remitir mensualmente al Órgano de Dirección información específica sobre el apetito de riesgo, sus desviaciones y otros indicadores clave; sin embargo, la condición evidencia que dicha información se remite de forma trimestral, lo que constituye una desviación directa respecto a la periodicidad exigida por la norma.

La situación identificada obedece a que no existe un procedimiento interno formalmente definido que garantice la preparación y remisión mensual al Órgano de Dirección de los indicadores de apetito de riesgo, sus desviaciones, la suficiencia patrimonial y las estimaciones por deterioro del riesgo de crédito. Esta ausencia de lineamientos documentados y mecanismos de control provoca que dichos reportes no se generen con la periodicidad mensual exigida por la normativa, dando lugar al incumplimiento observado.

Como consecuencia de lo anterior, el Órgano de Dirección no dispone de información actualizada con la periodicidad requerida por la normativa para el seguimiento del perfil de riesgo institucional, lo cual puede limitar la oportunidad en la supervisión, análisis de desviaciones y toma de decisiones en materia de gestión de riesgos.

Asimismo, se incrementa el riesgo de incumplimiento del marco regulatorio aplicable en materia de administración integral de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Acuerdo SUGEF 2-10.

Por lo anterior, la Auditoría Interna concluye que los argumentos expuestos por la Unidad de Riesgos y analizados en el anexo a este informe, no eliminan el resultado identificado, por lo que se mantiene el hallazgo, la recomendación formulada y el nivel de riesgo asociado, al persistir el riesgo de incumplimiento normativo y de limitación en la oportunidad de la supervisión y toma de decisiones por parte del Órgano de Dirección.

2.5 Revisión del Plan de trabajo de la Unidad de Riesgos

El Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos (URI) 2025, aprobado por el Comité de Riesgos, refleja en su versión de seguimiento que la mayoría de las actividades presentan un estatus de cumplimiento del 100%; no obstante, no incorpora una comparación entre el avance programado y el avance real. Asimismo, el plan de seguimiento no evidencia la identificación de actividades en riesgo, retrasadas

o reprogramadas, ni documenta acciones correctivas, ajustes al cronograma o dependencias críticas, aun cuando el plan se encuentra en ejecución, evidenciándose que el proceso de seguimiento se limita principalmente al registro del estatus general de las actividades, sin contemplar herramientas o mecanismos específicos para la gestión de desviaciones, riesgos y acciones correctivas.

De conformidad con las Normas de Control Interno para el Sector Público:

“5.6.1 Confiabilidad: La información debe poseer las cualidades necesarias que la acrediten como confiable, de modo que se encuentre libre de errores, defectos, omisiones y modificaciones no autorizadas, y sea emitida por la instancia competente.”

“5.6.2 Oportunidad: Las actividades de recopilar, procesar y generar información, deben realizarse y darse en tiempo a propósito y en el momento adecuado, de acuerdo con los fines institucionales.”

“5.6.3 Utilidad: La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario.”

Las disposiciones citadas resultan aplicables a la situación observada, en tanto el proceso de seguimiento del Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos constituye un mecanismo de generación de información para la gestión y toma de decisiones institucionales. En este contexto, la ausencia de elementos como la comparación entre avance programado y real, la identificación de desviaciones, así como el registro de acciones correctivas, limita la confiabilidad de la información al no reflejar de manera completa el estado real de ejecución del plan; afecta su oportunidad, en la medida en que no permite advertir de forma anticipada eventuales desviaciones o riesgos; y reduce su utilidad para los tomadores de decisiones, al no proporcionar insumos suficientes, pertinentes y estructurados que permitan una gestión efectiva del cumplimiento del plan.

La situación observada tiene su origen en que el proceso de seguimiento del Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos, debido a que no cuenta con lineamientos formales, metodologías definidas ni herramientas estructuradas que permitan

incorporar, de manera sistemática, la comparación entre el avance programado y el avance real, la identificación de actividades en riesgo o retrasadas, y el registro de acciones correctivas durante la ejecución del plan.

Esta ausencia de directrices y de un marco metodológico robusto provoca que el seguimiento se limite al registro general del estatus de cumplimiento, sin mecanismos de control que aseguren la detección oportuna de desviaciones, riesgos o reprogramaciones

En este contexto, la situación identificada se asocia con un enfoque de seguimiento del plan orientado principalmente al registro del estatus general de las actividades, sin la incorporación de mecanismos estructurados que permitan identificar y gestionar desviaciones, riesgos o acciones correctivas durante la ejecución del plan.

Como consecuencia de lo anterior, se limita la capacidad de la Administración para anticipar riesgos, tomar decisiones correctivas oportunas y asegurar el cumplimiento efectivo de los objetivos del Plan de Trabajo URI 2025, lo que puede incidir en la eficiencia y oportunidad de la gestión institucional.

En consecuencia, con base en la información analizada en el anexo sobre el proceso de audiencia, se mantiene la condición observada en los términos expuestos.

2.6 Validar el informe anual de cultura de riesgos

El Informe de Cultura de Riesgos a diciembre de 2024 presenta los resultados del Índice de Cultura de Riesgos (ICR), el desempeño por factores evaluados, la explicación de variaciones en los componentes *“Comunicación y control”* y *“Gobierno Corporativo”*, así como la percepción de riesgos y de cultura recopilada mediante evaluaciones aplicadas a jefaturas; no obstante, tras la revisión integral de su contenido, se determinó que el documento no incorpora una sección de conclusiones ni recomendaciones que sintetizen los resultados obtenidos y orienten la toma de decisiones institucional.

En ese mismo sentido, del análisis de los informes de seguimiento de riesgos financieros y no financieros correspondientes al I, II, III y IV trimestre del año 2025,

los cuales fueron analizados en el Hallazgo N.º 1 del presente informe, se determinó que estos tampoco incorporan conclusiones ni recomendaciones orientadas a la mejora. Esta condición limita que los resultados presentados se traduzcan en orientaciones claras para la toma de decisiones y el establecimiento de acciones correctivas, evidenciando una debilidad en la estructuración ejecutiva de los informes como instrumentos de gestión del riesgo.

De conformidad con las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), la información generada por la Administración debe cumplir con atributos de calidad que garanticen su utilidad, de manera que constituya un insumo adecuado para la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En este sentido, se establece la siguiente disposición:

5.6.3 Utilidad

“La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario.”

La norma se aplica en tanto la ausencia de conclusiones y recomendaciones en los informes impide que la información presentada cumpla con los atributos de pertinencia, relevancia y suficiencia requeridos para su adecuada comprensión y aprovechamiento por parte de los usuarios, limitando su capacidad para constituirse en un insumo útil para la toma de decisiones y la definición de acciones en materia de gestión de riesgos.

La situación identificada se asocia con un enfoque del informe orientado principalmente a la presentación de resultados cuantitativos y explicaciones puntuales, sin que se haya incorporado una síntesis final ni el desarrollo de orientaciones específicas dirigidas a atender las debilidades y oportunidades de mejora identificadas en los componentes evaluados.

Como consecuencia de lo anterior, se limita la utilidad del informe como insumo para la toma de decisiones estratégicas por parte de la Junta Directiva y del Comité de Riesgos, en tanto no se dispone de una visión ejecutiva consolidada que permita identificar prioridades, dar seguimiento a brechas en la cultura de

riesgos y promover la adopción de acciones correctivas o de fortalecimiento institucional.

La respuesta de la Administración, analizada en el anexo adjunto, no desvirtúa la condición observada, por lo que se mantiene la observación y recomendación emitida.

2.7 Idoneidad del nombramiento de la Encargada de la Unidad de Riesgos

Del análisis realizado a los expedientes de contratación, la documentación de Recursos Humanos, el procedimiento de dotación de personal vigente y el Manual de Puestos de la Unidad de Riesgos, se determinó que la funcionaria Kenlly Vega Barquero, nombrada como Encargada de la Unidad de Riesgos a partir del 1º de febrero de 2024, fue designada sin que en su expediente constara evidencia documental suficiente que acreditara el cumplimiento integral de los requisitos obligatorios establecidos para el puesto.

En particular, no se identificó documentación que respaldara la experiencia mínima de dos años en supervisión o manejo de personal, ni constancias, certificaciones u otros documentos que acreditaran el ejercicio formal de funciones de liderazgo o jefatura, requisito que el perfil del puesto establece como experiencia demostrable.

Adicionalmente, como parte del proceso de verificación, el área de Recursos Humanos realizó consultas a empleadores anteriores, obteniéndose como resultado que, ante la consulta sobre experiencia en supervisión de personal, en Scotiabank se indicó "No" y en Davivienda "N/A", sin que se aportara evidencia adicional que permitiera acreditar dicha experiencia. Estas respuestas no constituyen confirmación de la experiencia requerida y, en uno de los casos, la contradicen expresamente, evidenciando una inconsistencia objetiva entre la declaración jurada presentada por la oferente y la información obtenida en el proceso de verificación.

Aunque la funcionaria aportó una declaración jurada indicando cumplir con los requisitos establecidos, dicha declaración no fue acompañada de evidencia documental verificable, ni se evidenció en el expediente un análisis formal,

documentado y motivado que permitiera aclarar la inconsistencia detectada o justificar la continuidad del proceso y el posterior nombramiento.

El Manual de Puestos del Oficial de Riesgos establece como requisitos obligatorios, entre otros, contar con al menos cuatro años de experiencia en puestos de alto nivel en áreas como riesgos, auditoría, control interno o afines, así como experiencia demostrable en manejo de personal por al menos dos años, en atención a la naturaleza estratégica, técnica y de supervisión del puesto.

Asimismo, el Acuerdo SUGEF 2-10, artículo 14, dispone que el personal de la Unidad de Riesgos debe contar con el perfil académico y la experiencia técnica necesaria para el adecuado desempeño de sus funciones, en tanto el Reglamento de Gobierno Corporativo (CONASSIF 4-16) exige que las funciones críticas de control sean ejercidas por personal con competencia e idoneidad suficiente.

Por su parte, el procedimiento de dotación de personal del BANHVI establece que los postulantes deben rendir una declaración jurada sobre el cumplimiento de requisitos, la cual constituye un punto de control inicial sujeto a revisión, disponiendo además que el área de Recursos Humanos debe verificar el cumplimiento de los requisitos consignados y realizar la comprobación de referencias laborales como parte del proceso de selección.

En ese sentido, la declaración jurada no sustituye los mecanismos de verificación establecidos, sino que debe ser objeto de contraste mediante los controles definidos, a fin de garantizar la acreditación objetiva de los requisitos del puesto.

La situación identificada se origina en una debilidad en la aplicación y eficacia de los controles establecidos en el proceso de dotación de personal, particularmente en la fase de verificación de requisitos, al no garantizar que los resultados obtenidos en dicha verificación —incluyendo respuestas no confirmatorias o contradictorias de empleadores— sean analizados, documentados y considerados de manera determinante en la toma de decisiones.

Durante reunión del 10 de marzo de 2026, la Dirección Administrativa indicó que la declaración jurada constituye un mecanismo suficiente de acreditación de requisitos y que las referencias laborales no tienen carácter probatorio, evidenciando un criterio operativo en el cual prevalece la manifestación del oferente sobre los resultados del proceso de verificación.

Adicionalmente, el procedimiento de dotación de personal no establece de forma expresa una vinculación obligatoria entre los resultados de la verificación y la continuidad del postulante en el proceso, ni define criterios claros para el tratamiento de inconsistencias detectadas, lo que permite que el proceso continúe aun cuando la información declarada no haya sido confirmada o presente contradicciones.

Como consecuencia de lo anterior, al momento del nombramiento se materializó un riesgo de incumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Puestos y del artículo 14 del Acuerdo SUGEF 2-10, así como una posible afectación al principio de idoneidad técnica requerido para el ejercicio de la jefatura de la Unidad de Riesgos, en tanto no se contaba con evidencia objetiva y verificable que acreditara el cumplimiento de los requisitos obligatorios.

Asimismo, tratándose de un puesto estratégico dentro del sistema de administración integral de riesgos, esta situación incrementa el riesgo de afectación a la calidad de la gestión de riesgos institucional, a la generación de insumos técnicos para la toma de decisiones de la Alta Dirección y al cumplimiento de los estándares de gobierno corporativo.

Finalmente, la ausencia de una vinculación efectiva entre los resultados de verificación y la decisión de nombramiento debilita el control interno del proceso de reclutamiento y selección, y expone a la institución al riesgo de que se repliquen designaciones bajo condiciones similares, sin acreditación objetiva de requisitos, incluso en presencia de información contradictoria en el proceso de verificación.

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta al proceso de audiencia que aplica esta Auditoría Interna. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

2.8 Incumplimiento en la aprobación de la evaluación de desempeño

Adicionalmente, se determinó que la evaluación de desempeño correspondiente al periodo 2024 del puesto de Encargada de la Unidad de Riesgos fue remitida, firmada y aprobada por la Gerencia General.

De acuerdo con la normativa institucional que regula el proceso de evaluación del desempeño de los puestos estratégicos, las evaluaciones deben ser aprobadas por la Junta Directiva, por lo que la aprobación por parte de este órgano colegiado constituye un requisito formal, obligatorio y vinculante para la validez del proceso. En ese sentido, el Reglamento para la evaluación de desempeño de los funcionarios del Banco Hipotecario de la Vivienda en el Capítulo III Criterio de evaluación y calificaciones, inciso d) establece:

“d) Grupos Laborales: El proceso de evaluación se aplicará en forma diferenciada, considerando tres grupos laborales, en función de si se trata de funcionarios que tienen dentro de sus funciones las labores de dirección, planeación y coordinación del trabajo que debe realizar un grupo de personal a su cargo.

Grupo Laboral 1: personal que depende de la Junta Directiva. Comprende a los funcionarios cuyo nombramiento y remoción depende directamente de la Junta Directiva. A dichos funcionarios se les aplicará el mecanismo de evaluación que regula la presente normativa, en todo aquello que sea compatible con el funcionamiento de dicho órgano colegiado. La calificación y la entrevista deberá hacerla dicho órgano colegiado con los quorum de ley”

Por lo tanto, las evaluaciones de puestos estratégicos deben ser aprobadas por la Junta Directiva, en virtud del nivel de responsabilidad y jerarquía que estos cargos representan dentro de la estructura organizacional.

Adicionalmente, de conformidad con el Acuerdo CONASSIF 4-16, artículo 33, se establece que:

“El director de riesgos o equivalente es el encargado de la unidad o función de riesgos, reporta directamente al Órgano de Dirección y debe tener el nivel jerárquico, independencia, autoridad y las competencias necesarias para supervisar las actividades de gestión de riesgos de la entidad o del Vehículo de Administración de Recursos de Terceros.

La designación, el cese, las medidas disciplinarias y otros cambios en la posición del director de riesgos o equivalente deben ser aprobados por el Órgano de Dirección, previa consulta al Comité de Riesgos...”

En el contexto descrito, las disposiciones contenidas en el artículo 33 del Acuerdo CONASSIF 4-16 son de aplicación dado que establecen que el director de riesgos o equivalente reporta directamente al Órgano de Dirección y debe ejercer sus funciones con independencia, así como que las decisiones relevantes sobre su posición, tales como su designación, cese y medidas disciplinarias, corresponden a dicho órgano colegiado. Estas disposiciones reflejan un esquema de gobierno que reserva al Órgano de Dirección la supervisión y control sobre la función de riesgos, precisamente para garantizar su independencia respecto de la Alta Gerencia. Por lo tanto, la aprobación de la evaluación de desempeño por parte de la Gerencia General, sin la intervención de la Junta Directiva, no se alinea con este esquema, en tanto traslada a un nivel gerencial una función de valoración que, por su naturaleza e impacto sobre la posición del funcionario, guarda relación con los ámbitos de control que la normativa asigna al Órgano de Dirección, generando una situación que resulta incompatible con el principio de independencia funcional que debe regir la función de riesgos.

La situación obedece a un incumplimiento al Acuerdo 4, Sesión 12-2023 del 22 de febrero del 2023, mediante el cual la Junta Directiva solicito a la Gerencia General lo siguiente:

"ACUERDO N°4:

Instruir a la Administración, para que realice las siguientes gestiones en torno a la evaluación del desempeño de los funcionarios que dependen de esta Junta Directiva, de conformidad con lo establecido en el "Reglamento para la evaluación del desempeño de los funcionarios del Banco Hipotecario de la Vivienda".

a) Exponga a esta Junta Directiva el contenido del citado Reglamento para la evaluación del desempeño de los funcionarios del Banco Hipotecario de la Vivienda.

b) Presente a este Órgano Colegiado, en las primeras dos semanas de marzo de 2023, una propuesta de las metas y los objetivos para evaluar el desempeño, a partir del año 2023, de los puestos que dependen de esta Junta Directiva.

c) Una vez que se hayan definido las metas y los objetivos de cada puesto, y según lo establecido en el referido Reglamento, en julio del presente año se programará la ejecución del seguimiento de la evaluación de cada puesto y a más tardar en marzo de 2024 se efectuará la evaluación correspondiente al período 2023.

Acuerdo Unánime y Firme."

En línea con lo anterior tenemos que, consta en el acta de la sesión extraordinaria N°12-2023 del 22 de febrero del 2023 (asociada con el Acuerdo indicado en el párrafo anterior), la siguiente manifestación del señor Carlos Castro Miranda, asistente de gerencia:

*"Este es un esquema de evaluación ya más enfocado en los factores de cumplimiento de metas de carácter mucho más objetivo, donde se va a tener una ponderación de 80% factores objetivos de cumplimiento de metas de los funcionarios y un 20% de calificación de que algunos factores de percepción de las jefaturas de estos funcionarios; en lo que nos interesa en este momento aplicaría a los puestos que se señala ahí, que serían el Gerente, los Subgerentes, el Auditor Interno, el Secretario de Junta, **el Jefe de la Unidad de Riesgos, el Oficial de Cumplimiento y el Oficial de Cumplimiento Normativo**, que son todos los, digamos, funcionarios que dependen o son contratados directamente por la Junta Directiva..." "tienen que ser evaluados entonces también por la Junta Directiva para determinar su desempeño y entonces así, estaría propuesto son*

lo que llamamos un grupo uno de funcionarios que deben de ser evaluados por la Junta.” (El destacado es nuestro)

Lo anterior demuestra que la solicitud de Junta Directiva formulada en el Acuerdo 4, Sesión 12-2023 del 22 de febrero del 2023, estaba dirigida a contar con una propuesta de metas y objetivos que le permitieran, a partir del año 2023 evaluar el desempeño de los puestos que dependen de ese órgano colegiado, para el caso que nos ocupa: la Jefatura de la Unidad de Riesgos, el Oficial de Cumplimiento y el Oficial de Cumplimiento Normativo.

No se identificó evidencia de que la Junta Directiva haya realizado directamente dichas evaluaciones, conforme a la responsabilidad que le asigna la normativa institucional. Posteriormente, las evaluaciones fueron conocidas y aprobadas por la Junta directiva mediante el acuerdo N.º 6 de la sesión 22-2025 del 09 de abril del 2025.

La aprobación de la evaluación de desempeño del periodo 2024 de la Encargada de la Unidad de Riesgos por parte de la Gerencia General, sin que la Junta Directiva hubiese realizado directamente el proceso evaluativo conforme a sus atribuciones genera un incumplimiento de los requisitos formales establecidos en la normativa institucional y sectorial, lo que afecta la validez formal de dicha evaluación.

Esta situación debilita el sistema de gobernanza institucional, al desnaturalizar las competencias exclusivas del Órgano de Dirección en relación con la supervisión, valoración y control de los puestos estratégicos que dependen directamente de ese cuerpo colegiado. Asimismo, compromete el principio de segregación de funciones y la independencia funcional de la Unidad de Riesgos, en tanto la evaluación del desempeño del jerarca de dicha unidad queda sujeta a la aprobación de un nivel jerárquico distinto al establecido por la normativa aplicable.

Adicionalmente, el incumplimiento del esquema de evaluación definido por la Junta Directiva mediante el Acuerdo 4, Sesión 12-2023, evidencia deficiencias en la aplicación de los acuerdos adoptados por el Órgano de Dirección y en los controles asociados al proceso de evaluación del desempeño, lo que incrementa el riesgo de que se consoliden prácticas contrarias al marco normativo y se repliquen situaciones similares en futuras evaluaciones de funcionarios estratégicos, con posibles impactos en la transparencia, objetividad y credibilidad del proceso evaluativo institucional.

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

2.9 Cuadro de Sucesión de la Unidad de Riesgos

Se constató que el Cuadro de Sucesión institucional no cuenta con una versión vigente, actualizada ni formalmente aprobada, dado que el instrumento

publicado en la intranet mantiene información del año 2021 y, a la fecha del presente informe, continúa “en proceso de actualización”, según comunicación del 9 de enero de 2026 remitida por la Encargada de Recursos Humanos.

Esta desactualización afecta particularmente los puestos de la Alta Gerencia incluyendo Gerencia General, Subgerencias Financiera y de Operaciones para los cuales persisten referencias obsoletas, vacantes no regularizadas y la ausencia de un cuadro validado y debidamente difundido. Asimismo, aunque algunas unidades han realizado actualizaciones parciales, estas no han sido validadas ni publicadas a nivel institucional, por lo que no constituyen insumos oficiales ni aplicables para la gestión de la sucesión.

De conformidad con el Acuerdo CONASSIF 4-16, artículo 15.6, se establece que el Órgano de Dirección debe:

“Establecer planes de sucesión adecuados para los puestos de la Alta Gerencia.”

Asimismo, el Código de Gobierno Corporativo del BANHVI, aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo N.º 5 de la Sesión 20-2025 del 28 de marzo de 2025, dispone en su artículo 15, inciso f, que la Junta Directiva debe:

“Establecer planes de sucesión adecuados para los puestos de la Alta Gerencia.”

De igual forma, el Manual de Riesgo de Incumplimiento Obligatorio establece en el Capítulo VI “Responsables”, inciso iii) De la Alta Gerencia, punto e), lo siguiente:

“Establecer planes de sucesión adecuados para los puestos de la Alta Gerencia.”

La normativa citada exige que los planes de sucesión sean adecuados para los puestos de la Alta Gerencia, por lo que su análisis debe centrarse en la capacidad del instrumento para garantizar la continuidad efectiva en dichos cargos. En ese sentido, la condición de adecuación implica que el plan se mantenga actualizado, vigente y disponible para su aplicación oportuna. Sin embargo, al evidenciarse que el cuadro de sucesión ha permanecido desactualizado desde el año 2021, sin validación ni difusión institucional, se compromete su idoneidad para cumplir con ese propósito en el nivel de Alta Gerencia, situación que, por extensión, también incide en el resto de la estructura institucional que depende de dicho instrumento para la gestión de la continuidad.

Asimismo, y de conformidad con el documento denominado: "ORIENTACIONES BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE SUCESIÓN", emitido por MIDEPLAN en el 2024, se establece que, para la elaboración de planes de sucesión, el listado de puestos clave y posibles candidatos debe ser consultado con las jefaturas y la jerarquía institucional, a efectos de su validación y visto bueno, con el fin de reafirmar la selección o identificar ajustes necesarios. En el contexto operativo del BANHVI, donde la elaboración de los cuadros de sucesión recae en las jefaturas y su gestión se canaliza a través de la Unidad de Recursos Humanos, este criterio implica que, independientemente del origen técnico del insumo, el proceso debe asegurar la intervención de la jerarquía institucional mediante su revisión, validación y visto bueno, como mecanismo de control que garantice la consistencia, integridad y pertinencia del cuadro de sucesión antes de su adopción o utilización para la toma de decisiones.

De conformidad con el referido documento de MIDEPLAN (2024) en este se establece que: las *Orientaciones básicas para la elaboración de planes de sucesión* emitidas por MIDEPLAN (2024), se establece que:

"cada institución debe definir la temporalidad de revisión de su Plan de sucesión y la vigencia del mismo, lo importante es que se establezcan estas revisiones de manera formal y se lleven a cabo. En este seguimiento debe establecerse la temporalidad en que se estará actualizando el listado de puestos clave y de posibles candidatos, así como de evaluación de la metodología definida para ejecutar el plan."

La situación evidenciada obedece a que, si bien en el año 2021 se aprobaron los Parámetros para la designación de los integrantes del cuadro de sucesión, aprobado mediante revisión extraordinaria oficio GG-ME-0248-2021 del 23 de febrero del 2021, dichos parámetros no contemplan disposiciones relativas a la validación y actualización periódica del cuadro, ni establecen directrices que permitan asegurar su vigencia. Las condiciones detectadas resultan incompatibles con las exigencias normativas externas, así como con las orientaciones emitidas por MIDEPLAN (2024), que requieren que los planes de sucesión se mantengan actualizados y cuenten con la validación de la jerarquía institucional.

Como consecuencia de la situación descrita, la desactualización del cuadro de sucesión limita la visibilidad institucional de los posibles sucesores vigentes y dificulta la trazabilidad de los criterios, validaciones y aprobaciones asociadas a su conformación. Asimismo, ante eventuales vacantes o ausencias en puestos críticos, no se dispone de un instrumento actualizado que permita asegurar de manera oportuna la identificación de sustitutos con la idoneidad técnica y experiencia requeridas, lo que puede afectar la continuidad de funciones esenciales, particularmente en el nivel de Alta Gerencia. Adicionalmente, la Junta Directiva y la Alta Dirección podrían verse en la necesidad de adoptar decisiones de reemplazo sin contar con un cuadro vigente, validado y completo, incidiendo en la oportunidad y calidad de dichas decisiones dentro del marco de la gestión institucional.

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

2.10 Actualización de Reglamento sobre el funcionamiento del comité de riesgos

El reglamento establece aspectos operativos (integración, sesiones, actas, autoevaluación y funciones del miembro externo); no obstante, no incorpora de manera estructurada, integral y explícita las funciones del Comité de Riesgos como órgano colegiado en relación con la supervisión del Sistema de Administración Integral de Riesgos (SAIR).

En particular, no se desarrollan de forma sistemática responsabilidades tales como la supervisión integral de la gestión de riesgos del Banco, la verificación de la existencia y efectividad de políticas y límites de riesgo, la evaluación de la calidad y suficiencia de la información de riesgos para la toma de decisiones, el análisis de escenarios y pruebas de estrés, el seguimiento de exposiciones

agregadas, ni la emisión de recomendaciones técnicas a la Junta Directiva sobre la exposición al riesgo.

Asimismo, si bien el reglamento contempla funciones específicas asignadas al miembro externo y aspectos generales de operación, no configura un marco funcional integral del Comité de Riesgos conforme a las responsabilidades de supervisión del SAIR requeridas por el Acuerdo CONASSIF 4-16.

Con respecto de las funciones propias del Comité de Riesgos, tenemos lo siguiente:

Acuerdo SUGEF 2-10 – Artículo 13 (Funciones del Comité de Riesgos)

“El comité de riesgos deberá ejecutar, como mínimo, las funciones que se detallan en este Artículo.”

“La expectativa del supervisor en cuanto al desempeño del Comité de Riesgos radica en su capacidad para tomar decisiones considerando criterios de oportunidad y conveniencia, además de velar por el cumplimiento de las políticas, objetivos y lineamientos sobre la administración de los riesgos relevantes para la entidad.”

“Entre otros aspectos, pero no limitados a estos, el comité de riesgos tendrá las siguientes funciones:

a) Monitorear las exposiciones a riesgos y contrastar dichas exposiciones frente a los límites de tolerancia aprobados por el Órgano de Dirección.”

b) Informar al Órgano de Dirección los resultados de sus valoraciones sobre las exposiciones al riesgo de la entidad.”

c) Recomendar límites, estrategias y políticas que coadyuven con una efectiva administración de riesgos, así como definir escenarios...”

d) Conocer y promover procedimientos y metodologías para la administración de los riesgos.”

e) Proponer planes de contingencia en materia de riesgos para la aprobación del Órgano de Dirección.”

Las disposiciones citadas resultan directamente aplicables en tanto establecen un conjunto mínimo de funciones sustantivas que el Comité de Riesgos debe ejercer de forma activa, incluyendo el monitoreo de exposiciones, la valoración e información al Órgano de Dirección, la recomendación de límites y estrategias, y la promoción de metodologías para la gestión de riesgos. En contraste, la condición evidencia que el reglamento institucional no desarrolla de manera estructurada ni integral estas funciones, limitándose a aspectos operativos, lo que implica que no se encuentra alineado con el alcance funcional mínimo exigido por la normativa para la supervisión efectiva del sistema de administración de riesgos.

Por su parte el Acuerdo CONASSIF 4-16 – Artículo 26 (Comité de Riesgos), establece que:

“El Comité de Riesgos debe ser presidido por un Director Independiente, y es responsable de asesorar al Órgano de Dirección en todo lo relacionado con las políticas de gestión de riesgos, la capacidad y el Apetito de Riesgo de la entidad o del Vehículo de Administración de Recursos de Terceros.”

“Asimismo, de supervisar la ejecución de la Declaración de Apetito de Riesgo por parte de la Alta Gerencia...”

“El trabajo del comité incluye la supervisión de las estrategias y la gestión de los riesgos para asegurarse de que son coherentes con el Apetito de Riesgo declarado.”

“El comité debe recibir informes periódicos y oportunos del director de riesgo o quien asuma este rol...”

Las disposiciones citadas se aplican en tanto establecen que el Comité de Riesgos ejerce un rol activo, integral y estructurado en la supervisión del sistema de gestión de riesgos, incluyendo funciones de asesoría al Órgano de Dirección, supervisión de la ejecución del Apetito de Riesgo, análisis de la coherencia de las estrategias con dicho apetito y recepción periódica de información para la toma de decisiones. En contraste, la condición evidencia que el reglamento institucional no desarrolla de forma sistemática estas funciones sustantivas, limitándose a aspectos operativos, lo que implica que el instrumento no refleja

ni regula adecuadamente el alcance funcional que la normativa exige para el Comité de Riesgos.

La situación descrita obedece a un diseño incompleto del Reglamento del Comité de Riesgos, el cual no incorpora de manera expresa y estructurada las funciones técnicas de supervisión, análisis y seguimiento de la gestión integral de riesgos que exige la normativa aplicable. Lo anterior sugiere que, en el proceso de elaboración y aprobación del reglamento, no se integraron de forma suficiente los requerimientos establecidos en la normativa prudencial vigente (SUGEF 2-10 y CONASSIF 4-16), ni se evidenció una revisión técnica integral orientada a asegurar su alineación con el marco regulatorio en materia de gestión de riesgos.

Se hace la aclaración de que el presente hallazgo corresponde a una falta de alineamiento entre normativa externa de rango superior y el Reglamento interno y no al cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos.

Como consecuencia de la situación descrita, el comité corre el riesgo de que, al aplicar eventualmente el Reglamento, omita funciones que sí están debidamente consignadas en normativa de rango superior, lo cual podría limitar la claridad y alcance de sus funciones en materia de supervisión de la gestión integral de riesgos. Esta debilidad podría incrementar el riesgo de incumplimiento del marco regulatorio aplicable (SUGEF y CONASSIF) y por ende, derivar en que la Junta Directiva reciba información insuficiente o no estructurada para la toma de decisiones en materia de riesgo.

Sobre este tema, se mantienen las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna.

En ese sentido, tal como se valora en el anexo correspondiente, se observa que la respuesta remitida por la Administración no desvirtúa la situación identificada, sino que reconoce la necesidad de fortalecer el reglamento del Comité de Riesgos mediante la incorporación de responsabilidades alineadas con la regulación prudencial aplicable, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

3 CONCLUSIONES

3.1 Sobre informes de seguimiento de riesgos (SIG)

El análisis evidencia que los informes de seguimiento de riesgos, en su configuración actual, no alcanzan un nivel suficiente de profundidad analítica ni de integración técnica que permita comprender de manera completa la evolución del riesgo institucional. Esta limitación reduce significativamente su capacidad como herramienta para la toma de decisiones, al no facilitar una valoración integral sobre la efectividad de los controles ni sobre el comportamiento del riesgo residual.

3.2 Sobre gobernanza del proceso de gestión de riesgos

La ausencia de mecanismos formales y estandarizados en aspectos clave del proceso —como la reprogramación de planes, la actualización de controles y el seguimiento de acuerdos— refleja una debilidad estructural en la gobernanza del sistema de gestión de riesgos. Esta situación impide asegurar consistencia operativa, dificulta la trazabilidad de las decisiones y limita la capacidad de supervisión efectiva por parte de las instancias responsables.

3.3 Sobre la Declaración de Apetito de Riesgo (DAR)

A pesar de contar con un marco formalmente aprobado, el Apetito de Riesgo institucional presenta vacíos que impiden su aplicación efectiva como instrumento de gestión. La falta de definición completa de parámetros, junto con debilidades en su estructura metodológica y en su proceso de aprobación, restringe su utilidad para orientar decisiones estratégicas y controlar la exposición al riesgo conforme a las exigencias regulatorias.

3.4 Sobre el Reporte al Órgano de Dirección

El esquema de remisión de información sobre el perfil de riesgo al Órgano de Dirección no asegura el cumplimiento sistemático de la periodicidad mensual establecida en la normativa aplicable, evidenciándose una brecha en la oportunidad del flujo de información. Esta situación podría limitar la capacidad del órgano colegiado para ejercer un seguimiento continuo sobre las desviaciones del apetito de riesgo y contar con insumos actualizados para la toma de decisiones en materia de supervisión del riesgo.

3.5 Sobre el seguimiento del Plan de Trabajo de la URI

El esquema de seguimiento del Plan de Trabajo de la Unidad de Riesgos se orienta principalmente al registro de estados generales, sin incorporar elementos que permitan validar el avance real ni gestionar desviaciones de forma oportuna. En consecuencia, el instrumento pierde efectividad como mecanismo de control, al no proporcionar información confiable y útil para la gestión activa del cumplimiento.

3.6 Sobre los informes de Cultura de Riesgos y reportes asociados

Los informes analizados se estructuran principalmente en la presentación de resultados y datos derivados de las evaluaciones realizadas; no obstante, carecen de secciones formales de conclusiones y recomendaciones que permitan sintetizar los hallazgos, establecer una lectura integral de la información y orientar acciones institucionales. Esta ausencia limita su capacidad como instrumento de apoyo a la gobernanza del riesgo, en tanto los resultados no se traducen en lineamientos claros, priorización de brechas ni propuestas de mejora, lo que restringe su utilidad para la toma de decisiones estratégicas por parte del Comité de Riesgos y la Junta Directiva.

3.7 Sobre la Idoneidad del nombramiento

Del análisis efectuado se concluye que el proceso de dotación de personal, en el caso evaluado, no asegura razonablemente que la acreditación de los requisitos del puesto se sustente en evidencia objetiva y verificable, lo cual limita la confiabilidad del proceso como mecanismo para garantizar la idoneidad en el nombramiento de personal en puestos estratégicos.

La evidencia examinada muestra que los mecanismos de verificación previstos en el procedimiento no inciden de manera efectiva en la toma de decisiones, permitiendo que la manifestación declarativa del oferente prevalezca aun en presencia de resultados de verificación no confirmatorios o contradictorios, sin que medie un análisis técnico documentado que sustente dicha decisión.

En este contexto, la debilidad identificada en la eficacia del control no solo afecta el diseño y aplicación del proceso de reclutamiento y selección, sino que conlleva el riesgo de que se materialicen nombramientos sin acreditación objetiva del cumplimiento de los requisitos obligatorios del puesto, particularmente en

funciones críticas de control como la gestión de riesgos, donde la idoneidad técnica del recurso humano resulta un elemento esencial para el adecuado funcionamiento del sistema de control interno y de gobierno corporativo.

3.8 Sobre la evaluación de desempeño

La evidencia demuestra que la evaluación de desempeño 2024 de la Encargada de la Unidad de Riesgos fue aprobada por la Gerencia General, pese a que la normativa institucional y sectorial establece que la valoración y aprobación de los puestos estratégicos corresponde exclusivamente a la Junta Directiva. El incumplimiento del *Reglamento para la Evaluación del Desempeño del BANHVI*, del *Acuerdo CONASSIF 4-16* y del *Acuerdo 4, Sesión 12-2023*, evidencia una falta de observancia de los controles aplicables al proceso evaluativo de los funcionarios bajo la dependencia del Órgano de Dirección. En consecuencia, la evaluación carece de validez formal, debilita la gobernanza institucional, afecta la segregación de funciones y compromete la independencia funcional de la Unidad de Riesgos, generando el riesgo de replicar prácticas irregulares en evaluaciones futuras.

3.9 Sobre el Cuadro de Sucesión

La falta de actualización y formalización del cuadro de sucesión limita su funcionalidad como herramienta para la continuidad organizacional. En ausencia de un instrumento vigente, la institución reduce su capacidad de respuesta ante eventuales sustituciones en puestos críticos, afectando la estabilidad operativa y la calidad de las decisiones en materia de relevo.

3.10 Sobre el Reglamento del Comité de Riesgos

El reglamento vigente del Comité de Riesgos no incorpora de manera integral y explícita las funciones técnicas establecidas en la normativa aplicable, lo que evidencia un desalineamiento entre el instrumento normativo interno y el marco regulatorio. Esta situación podría limitar el alcance formal del reglamento como herramienta de referencia para el ejercicio de las funciones del Comité y, eventualmente, incidir en la claridad, consistencia y trazabilidad de su actuación en materia de supervisión del sistema de gestión de riesgos.

Conclusión general

Del análisis integral efectuado se observa que el Banco dispone de un conjunto de instrumentos, estructuras y prácticas orientadas a la gestión de riesgos, lo cual evidencia la existencia de un marco institucional formal en esta materia. No obstante, dicho marco presenta oportunidades de mejora en su nivel de madurez, particularmente en aspectos relacionados con la calidad y utilidad de la información generada, la formalización de procesos clave, la consistencia en la aplicación de controles y la alineación entre instrumentos internos y el marco normativo aplicable.

En términos generales, las situaciones identificadas no se asocian a la inexistencia de mecanismos de gestión de riesgos, sino a limitaciones en su diseño, integración y operativización, lo que podría incidir en la capacidad institucional para asegurar, de manera consistente, un monitoreo integral del riesgo, una adecuada trazabilidad de las decisiones y un soporte robusto para la toma de decisiones a nivel estratégico.

Asimismo, se identifican brechas puntuales en materia de cumplimiento normativo y de fortalecimiento de la gobernanza del riesgo, las cuales, de no ser atendidas, podrían afectar la oportunidad, confiabilidad y suficiencia de la información utilizada por los órganos de dirección, así como la efectividad del sistema de gestión de riesgos en su conjunto.

En este contexto, los resultados de la evaluación evidencian la necesidad de fortalecer el enfoque integral del sistema, orientándolo hacia un mayor nivel de estructuración, alineamiento normativo y generación de información útil para la gestión, con el fin de consolidar un modelo de gestión de riesgos más robusto, consistente y orientado a la toma de decisiones.

En relación con los resultados expuestos, se hace constar que algunos de los aspectos identificados en el presente informe guardan correspondencia con situaciones observadas en la Auditoría Operativa del Proceso de Cumplimiento Normativo (OP-OPR-005-2025), particularmente en lo referente a la evaluación del desempeño de puestos estratégicos y a la planificación de la sucesión institucional. En ese sentido, el presente informe aborda dichos temas desde una perspectiva estructural y de gestión de riesgos, profundizando en elementos asociados al diseño, formalización y gobernanza de los instrumentos institucionales, mientras que el informe de cumplimiento normativo los analiza desde el enfoque de observancia y aplicación de la normativa vigente. Esta

articulación permite una visión integral de las debilidades identificadas, evitando duplicidades y fortaleciendo la coherencia del análisis institucional.

4 RECOMENDACIONES

De conformidad con la Ley General de Control Interno No.8292:

*“Artículo 36. **Informes dirigidos a los titulares subordinados.** Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera:*

- a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados.*
- b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes.*
- c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.*

*Artículo 37. **Informes dirigidos al jerarca.** Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de*

tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga; todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente."

4.1 A GUILLERMO CARAZO RAMIREZ, PRESIDENTE DE JUNTA DIRECTIVA O A QUIEN EJERZA EL CARGO:

4.1.1 Instruir a la Gerencia General, en coordinación con la Unidad de Recursos Humanos, para que diseñe, formalice y someta a aprobación de la Junta Directiva una actualización de los "*Parámetros para la designación del Cuadro de Sucesión*", incorporando como mínimo:

- a. Periodicidad obligatoria de revisión y actualización del Cuadro de Sucesión (al menos anual o ante cambios relevantes).
- b. Definición clara de roles y responsabilidades (jefaturas, Recursos Humanos, Alta Gerencia y Junta Directiva) en la elaboración, validación y aprobación.
- c. Mecanismo formal de validación y visto bueno por parte de la Alta Gerencia y la jerarquía institucional previo a su oficialización.
- d. Procedimiento de aprobación y publicación institucional, que garantice su vigencia y difusión como instrumento oficial.
- e. Lineamientos para la documentación y trazabilidad de cambios, criterios de selección y decisiones adoptadas.
- f. Indicadores o mecanismos de seguimiento, que aseguren el cumplimiento del proceso y su actualización oportuna.

Nivel de Riesgo: Alto

4.1.2 Instruir a la Gerencia General para que, en atención a lo dispuesto en el Acuerdo N.º 4 de la Sesión 12-2023 del 22 de febrero de 2023 y como parte del fortalecimiento del sistema de gobierno corporativo institucional, diseñe, documente, someta a aprobación de la Junta Directiva e integre formalmente un modelo institucional de evaluación del desempeño de los puestos que dependen directamente de ese órgano colegiado, el cual deberá contemplar, como mínimo, lo siguiente:

- a. Definir la estructura de gobernanza del proceso, estableciendo las responsabilidades de las instancias participantes, de forma que se delimite el rol de la Junta Directiva como órgano evaluador y de la Administración como instancia de soporte técnico y operativo, así como las responsabilidades en materia de registro y trazabilidad del proceso.
- b. Definir la estructura y lineamientos técnicos de los instrumentos de evaluación del desempeño, estableciendo los criterios de diseño, contenido mínimo, estandarización y parámetros metodológicos que deben cumplir dichos instrumentos, a efectos de asegurar su consistencia, comparabilidad y aplicabilidad a los distintos puestos estratégicos.
- c. Establecer el diseño metodológico del proceso de evaluación del desempeño, incluyendo su periodicidad, etapas, criterios de valoración, mecanismos de validación de resultados y lineamientos generales para su aplicación.
- d. Definir los lineamientos de documentación y trazabilidad del proceso, estableciendo los requisitos mínimos de registro que permitan evidenciar la participación de la Junta Directiva y la sustentación de los resultados de la evaluación.
- e. Incorporar los principios y condiciones que garanticen la independencia funcional de las unidades de Riesgos y Cumplimiento dentro del proceso de evaluación del desempeño, conforme a su naturaleza y a la normativa aplicable.
- f. Establecer los criterios de integración del modelo dentro del sistema de gobierno corporativo institucional, asegurando su vinculación con la gestión de riesgos, el sistema de control interno y el marco de cumplimiento normativo, en concordancia con la normativa aplicable, incluyendo el Acuerdo CONASSIF 4-16.
- g. Definir los lineamientos generales para la formalización e incorporación del modelo dentro de la normativa institucional, asegurando su aprobación por parte de la Junta Directiva y su integración en los instrumentos institucionales correspondientes.

- h. Establecer los criterios generales de seguimiento y mejora del modelo, que permitan evaluar su funcionamiento y efectuar los ajustes que resulten necesarios, previa aprobación de la Junta Directiva.
- i. Disponer que la Gerencia General presente a la Junta Directiva, en un plazo definido, una propuesta formal del modelo institucional de evaluación del desempeño, que contemple los elementos anteriormente indicados, para su conocimiento, análisis y aprobación.
- j. Establecer que la implementación del modelo aprobado deberá formalizarse mediante su incorporación en la normativa, procedimientos e instrumentos institucionales correspondientes, así como en los ciclos de evaluación del desempeño aplicables a los puestos que dependen de la Junta Directiva.
- k. Disponer que la Gerencia General informe periódicamente a la Junta Directiva sobre el avance en el diseño, aprobación e implementación del modelo, incluyendo evidencia documental que permita verificar su aplicación efectiva.

Nivel de Riesgo: Alto

4.2 AL COMITÉ DE RIESGOS (Aunque no ha sido nombrado)

Actualizar el Reglamento del Comité de Riesgos para alinearlo con el Acuerdo SUGEF 2-10, fortaleciendo su independencia, responsabilidades, calidad de información y trazabilidad. Incluir funciones específicas para cada categoría de riesgo, así como cláusulas de independencia, declaración anual de conflictos e incompatibilidades para el miembro externo.

Nivel de Riesgo: Alto

4.3 A WALTER MUÑOZ CARAVACA, GERENTE GENERAL O A QUIEN EJERZA EL CARGO:

4.3.1 Disponer las acciones necesarias para el cumplimiento del Acuerdo N.º 4 de la Sesión 12-2023 del 22 de febrero de 2023, estableciendo un plazo definido para la elaboración y presentación ante la Junta Directiva de la propuesta de metas,

objetivos e instrumentos de evaluación del desempeño aplicables al puesto de Oficialía de Riesgos.

4.3.2 Adoptar las acciones necesarias para que dichos instrumentos sean consistentes con las responsabilidades asignadas a la Junta Directiva en el proceso de evaluación del desempeño, conforme a la normativa interna aplicable.

Nivel de Riesgo: Alto

4.4 A MARGOTH CAMPOS BARRANTES, DIRECTORA ADMINISTRATIVA O A QUIEN EJERZA EL CARGO:

4.4.1 En coordinación con el área de Recursos Humanos, modificar el procedimiento de dotación de personal a fin de fortalecer los controles asociados a la verificación de requisitos, incorporando disposiciones expresas que establezcan que:

- (i) la declaración jurada constituye un insumo inicial sujeto a verificación y no un medio suficiente de acreditación por sí mismo;
- (ii) los resultados de la verificación de requisitos y referencias laborales deben ser analizados, documentados y formar parte integral del expediente de contratación;
- (iii) cuando la verificación no confirme, resulte inconsistente o contradiga la información declarada por el oferente respecto de requisitos obligatorios del puesto, el postulante no podrá continuar en el proceso, salvo que exista evidencia documental adicional suficiente que permita aclarar dicha inconsistencia, debidamente incorporada y justificada en el expediente;
- (iv) previo a la emisión de la recomendación de nombramiento, se establezca un punto de control formal mediante el cual el área de Recursos Humanos certifique el cumplimiento verificable de los requisitos del puesto o, en su defecto, la existencia de un análisis técnico documentado que sustente la decisión adoptada.

Lo anterior con el fin de asegurar que los mecanismos de verificación establecidos en el procedimiento incidan de manera efectiva, objetiva y trazable en la toma de decisiones, y prevenir la recurrencia de nombramientos sin acreditación suficiente de los requisitos definidos, especialmente en puestos críticos de control, supervisión o gobierno corporativo.

Nivel de Riesgo: Alto

4.4.2 Diseñar un control formal (lista de cotejo, flujo de aprobación electrónico o validación documental) que impida procesar o cerrar evaluaciones de puestos estratégicos sin evidencia de:

- Revisión por el órgano competente.
- Aprobación de la Junta Directiva.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5 A KENLLY VEGA BARQUERO, ENCARGADA DE LA UNIDAD DE RIESGOS O A QUIEN EJERZA EL CARGO:

4.5.1 Establecer un lineamiento institucional formal sobre el contenido mínimo de los informes de riesgos, aprobado por la instancia competente, que incluya obligatoriamente el análisis de aspectos tales como: riesgo residual, validación de controles y definición técnica de indicadores (indicador de "100%", especificando claramente su alcance, significado y criterios de cálculo) asimismo, la incorporación de conclusiones y recomendaciones.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5.2 Diseñar e implementar un procedimiento integral para la gestión del proceso de riesgos que regule: (i) la reprogramación de planes de mitigación, incluyendo criterios de aprobación, justificación y evaluación de impacto; (ii) la actualización periódica de controles, definiendo responsables, frecuencia y mecanismos de validación independiente; y (iii) el registro, seguimiento y control del cumplimiento de los acuerdos adoptados por el Comité de Riesgos, asegurando su trazabilidad, implementación oportuna y verificación.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5.3 Establecer formalmente, dentro del marco normativo interno del proceso de gestión de riesgos, la secuencia metodológica y de aprobación del Apetito de Riesgo, asegurando que la Política de Apetito de Riesgo constituya el instrumento rector previo para la formulación, actualización y aprobación de la Declaración de Apetito de Riesgo, definiendo además los responsables, instancias de aprobación y mecanismos de actualización.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5.4 Integrar métricas cuantitativas para el riesgo estratégico dentro de una metodología formal del apetito de riesgo, alineada al PEI, que establezca indicadores, métricas y seguimiento.

Nivel de Riesgo: Medio

4.5.5 Establecer un procedimiento formal y documentado para la validación de modelos, incluyendo la ejecución periódica de backtesting y pruebas de estrés, que defina claramente las responsabilidades, metodologías, periodicidad mínima, criterios técnicos de validación y los requisitos de documentación. Este procedimiento debe asegurar la consistencia, trazabilidad y calidad técnica de los modelos utilizados en la gestión institucional de riesgos.

Nivel de Riesgo: Medio

4.5.6 Establecer formalmente en la Declaración de Apetito de Riesgo la periodicidad mínima de revisión para cada tipo de indicador, definiendo al menos:

- a. Revisión trimestral para los indicadores financieros y aquellos con impacto directo en suficiencia patrimonial, liquidez y solvencia.
- b. Revisión semestral para los indicadores asociados a riesgos reputacionales, legales y de cumplimiento.
- c. Revisión anual integral de toda la Declaración de Apetito de Riesgo, incluyendo límites, metodologías, supuestos y la vigencia de los KRIs.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5.7 Establecer un procedimiento formal del Sistema de Información Gerencial (SIG) que regule periodicidad, contenido mínimo, responsables y trazabilidad del reporte al Órgano de Dirección conforme a SUGEF 2-10.

Nivel de Riesgo: Alto

4.5.8 Diseñar e implementar un modelo institucional que fortalezca el seguimiento del Plan de Trabajo mediante un enfoque de gestión de desviaciones, incorporando lineamientos formales para la medición, el control y la ejecución de acciones correctivas.

Nivel de Riesgo: Medio

4.5.9 Establecer un lineamiento interno que defina la estructura mínima obligatoria de los informes dirigidos a los órganos de gobierno, incorporando conclusiones, recomendaciones y prioridades de mejora, con el fin de asegurar la consistencia, oportunidad y relevancia de la información presentada.

Nivel de Riesgo: Medio

LICDA. ANDREA ARAYA SALAS
AUDITOR ENCARGADO

LIC. MAURICIO GONZALEZ ZUMBADO
AUDITOR INTERNO a.i.

ANEXOS

Anexo N°1

Cantidad de riesgos, cantidad de controles P-T-CI y en seguimiento. Al 31 diciembre 2025					
Jerarquía	Riesgos registrados	Prop. %	Total Controles CI-P-T	En seguimiento P-T	Avance a nov 2025
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN DE ENTIDADES AUTORIZADAS	3	1,65%	12	2	76,56%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA PROVEEDURIA	6	3,30%	15	4	77,27%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA RECURSOS HUMANOS	19	10,44%	63	11	78,67%
UNIDAD DE RIESGOS	3	1,65%	5	2	85,00%
DIRECCIÓN FOSUVI	7	3,85%	23	2	85,00%
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN	53	29,12%	109	9	90,63%
DEPARTAMENTO TÉCNICO	6	3,30%	27	1	92,86%
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	3	1,65%	11	1	93,18%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA ARCHIVO	2	1,10%	9	1	95,50%
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y CONTROL	9	4,95%	23	3	97,08%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA SERVICIOS GENERALES	5	2,75%	29	1	99,74%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA BIENES	2	1,10%	5	0	100,00%
OFICIALÍA DE CUMPLIMIENTO	3	1,65%	20	0	100,00%
OFICIALÍA DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO	3	1,65%	6	0	100,00%
SECRETARÍA DE JUNTA DIRECTIVA	4	2,20%	6	0	100,00%
ASESORÍA LEGAL	5	2,75%	21	0	100,00%
UNIDAD DE COMUNICACIONES	7	3,85%	19	0	100,00%
UNIDAD DE TESORERÍA E INVERSIONES	9	4,95%	32	0	100,00%
DEPARTAMENTO FINANCIERO CONTABLE	10	5,49%	29	0	100,00%
DIRECCIÓN FONAVI	23	12,64%	74	0	100,00%
Total	182	100%	538	37	93,57%

(*) Incluye controles tipo progresivo (P) y a término (T) en proceso y control implementado (CI)

Fuente: Informe de seguimiento de riesgos financieros y no financieros, IV trimestre 2025 de la Unidad de Riesgos

Anexo N°2

El informe preliminar fue remitido a la Unidad de Riesgos mediante el oficio BANHVI-AI-OF-031-2026, de fecha 27 de marzo de 2026, con el propósito de recabar sus apreciaciones y comentarios. Dichas observaciones fueron atendidas mediante el oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026, emitido el 10 de abril de 2026, en el presente anexo, se analiza el contenido de la respuesta de la administración y el análisis que realiza la Auditoría Interna sobre dicha respuesta, en cuanto a las modificaciones que deban ser incorporadas en el cuerpo del informe final, según se detalla:

Hallazgo 2.1 Informes trimestrales presentados por la Unidad de Riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

Con respecto a este punto, de la lectura del informe se comprende que, lo indicado se refiere al apartado de Riesgos Operativos del informe de seguimiento de riesgos financieros y no financieros, en el tanto se hace referencia al nivel de riesgo residual y la validación de la efectividad de los controles.

Conforme a lo indicado, se hace referencia a los informes emitidos durante el periodo 2025, los cuales fueron elaborados por la Unidad de Riesgo con base en el análisis detallado por dependencia sobre los riesgos identificados, los ajustes realizados a estos riesgos (así como debilidades y controles y planes de acción) y sus respectivas valoraciones, los cuales fueron remitidos al Comité de Riesgo.

En lo que respecta al informe de seguimiento de riesgos, la información se presenta a nivel de los indicadores de apetito definidos para este riesgo, los cuales consideran el comportamiento a nivel institucional de la atención de planes (KRI56, Ejecución planes de mitigación de riesgos operativos) y el nivel de

riesgo residual asociado (KRI72, Proporción de eventos de riesgos operativos de nivel alto o crítico).

"Se revisó además la minuta 14-2024, correspondiente a la sesión del 24 de octubre de 2024, en la cual se solicitó adicionar columnas a la tabla para facilitar su comprensión... De acuerdo con lo señalado por la Jefatura de Riesgos en el correo del 18 de febrero, en dicha sesión del Comité se discutió la composición de la tabla y se solicitó modificar su estructura, incluyendo una columna adicional para detallar los planes en proceso. No obstante, en los informes analizados dicha columna no se encontraba visible"

Con respecto a este punto, en el correo del 18 de febrero indicado, no se identifica lo señalado en el informe de la Auditoría. En referencia a la tabla señalada, con base en las sesiones mensuales del Comité de Riesgo y el análisis de la información presentada, este comité solicitó ajustes a la información presentada, para lo cual dicha solicitud fue atendida satisfactoriamente.

Es importante señalar que la tabla señalada corresponde a información complementaria que es incorporada en el análisis de los indicadores de riesgo establecidos en la Declaración de Apetito de Riesgo y sus desviaciones con el fin de brindar mayor detalle y ampliación de lo observado. Esta información se deriva de los análisis pertinentes conforme a la evolución de los riesgos y la información analizada. Esta información complementaria puede ser ampliada conforme las necesidades identificadas en el análisis de los resultados observados que se realiza de manera mensual.

Comentario Auditoría Interna

Analizada la respuesta remitida por la Unidad de Riesgos, la Auditoría Interna mantiene el criterio expuesto en el hallazgo, en tanto los argumentos presentados no desvirtúan las condiciones objetivamente observadas, ni atienden el fondo de las debilidades identificadas en los informes de seguimiento de riesgos correspondientes al período 2025.

Al respecto, la Auditoría aclara que el hallazgo no se limita exclusivamente al componente de riesgos operativos, ni cuestiona la existencia de indicadores definidos dentro de la Declaración de Apetito de Riesgo. La observación se refiere

a una limitación estructural en el contenido, claridad y profundidad analítica de los informes de seguimiento, los cuales se concentran principalmente en la presentación del estado de indicadores y del avance administrativo de los planes, sin evidenciar de manera consistente la reevaluación del riesgo residual ni la validación de la efectividad real de las acciones de mitigación implementadas, tal como lo exige una adecuada gestión integral del riesgo.

Si bien la Unidad de Riesgos señala que ciertos indicadores institucionales (como KRI56 y KRI72) reflejan el comportamiento del riesgo residual a nivel agregado, la Auditoría observa que dicha información no se traduce en un análisis explícito, verificable y comprensible sobre la evolución del riesgo, ni permite establecer con claridad si las acciones implementadas han reducido efectivamente la probabilidad o el impacto de los riesgos identificados. Adicionalmente, persiste la ambigüedad en la interpretación de indicadores como el “100% de avance”, aspecto que fue señalado expresamente durante el proceso de auditoría y cuya explicación posterior confirma que dicho porcentaje responde únicamente a la ausencia de planes vencidos, sin constituir evidencia de mitigación efectiva del riesgo.

En relación con los ajustes solicitados por el Comité de Riesgos a la estructura de la información de seguimiento, la Auditoría mantiene lo indicado en el informe, en tanto no se evidenció de manera consistente la incorporación de dichas solicitudes en los informes analizados, independientemente de que la información sea considerada complementaria o analítica. La ausencia de mecanismos formales que aseguren la implementación y control posterior de los acuerdos del Comité limita la trazabilidad de las decisiones adoptadas y debilita el proceso de supervisión.

Por lo anterior, la Auditoría Interna concluye que los argumentos expuestos por la Unidad de Riesgos no eliminan ni mitigan el hallazgo identificado, sino que refuerzan la necesidad de formalizar lineamientos claros sobre el contenido mínimo de los informes de seguimiento de riesgos, de manera que estos incorporen análisis integral del riesgo, evaluación explícita del riesgo residual, validación de la efectividad de los controles y desarrollo de las desviaciones respecto al apetito de riesgo.

Hallazgo 2.2 Informes de Gobernanza y Gestión de riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

En el apartado de resultados 2.2 del informe preliminar OP-OPR-009-2025, se indica lo siguiente:

“Los controles incluidos en el sistema fueron definidos hace tiempo y su actualización depende principalmente de la autoevaluación realizada por cada dependencia en el marco del ejercicio VARI, así como de la certificación institucional emitida en dicho proceso, sin que se observe evidencia de una revisión independiente o periódica por parte del área de riesgos”

Conforme a lo indicado en este punto, se hace referencia a los lineamientos definidos en las políticas institucionales PO-INST-GRI-011, PO-INST-GRI-012 y la Metodología para la Valoración y Administración del Riesgo Institucional (MD-RIE-001), en los cuales se establecen los roles y responsabilidades con base en la estructura organizativa establecida.

La política PO-INST-GRI-011 establece lo siguiente:

“Cada área administrativa será responsable de la identificación y valoración de los riesgos en las actividades de su competencia, así como de la oportuna implementación de las medidas de mitigación propuestas para la atención de los riesgos asociados a sus procesos y procedimientos, así como de verificar la efectividad de dichas acciones. La Unidad de Riesgos brindará el apoyo y acompañamiento necesario.

Las áreas administrativas deberán informar a la Unidad de Riesgos sobre los cambios en las valoraciones de riesgos de los procesos, procedimientos y proyectos a su cargo, según las periodicidades y formatos que para tales efectos se definan”

La Unidad de Riesgo, conforme en la atención por parte de las dependencias de la revisión de los riesgos según los plazos señalados en la Metodología MD-RIE-001, ejecuta la asesoría técnica y cuestionamiento efectivo de los resultados obtenidos (lo anterior, mediante diversas interacciones que se realizan con cada dependencia), los resultados obtenidos de dicho análisis son documentados mediante informes, los cuales son elaborados por dependencia, con el fin de brindar mayor análisis y detalle con respecto a los riesgos identificados, los ajustes y las valoraciones de estos, mismos que fueron remitidos al Comité de Riesgo e informados oportunamente respecto a los procesos de actualización en el sistema institucional establecido (OpRisk) para el seguimiento y análisis mensual de los indicadores establecidos en la Declaración de Apetito de Riesgo y demás información complementaria que se presenta en los informes de seguimiento de riesgo, los cuales tiene una visión integral y consolidada de los riesgos institucionales.

El informe de la Auditoría también señala lo siguiente:

“En el marco de las sesiones del Comité de Riesgos, se han planteado ajustes en la estructura de la información utilizada para el seguimiento (como la incorporación de columnas adicionales); sin embargo, no se evidencia que dichos requerimientos se hayan implementado de manera consistente, ni que exista un mecanismo formal que asegure la incorporación, seguimiento y control de los acuerdos adoptados por dicho órgano”

Con respecto a este punto, la información indicada se refiere a la información complementaria que es diseñada y elaborada por la Unidad de Riesgo con el fin de ampliar lo observado por medio de los indicadores de riesgo establecidos y apoyar el análisis de los riesgos y sus desviaciones para una adecuada toma de decisiones.

La información no presenta defectos u omisiones y no corresponde a un lineamiento específico que fuera modificado sin la correspondiente aprobación, la misma se deriva de los análisis pertinentes conforme la evolución de los riesgos y la información analizada que son requeridos en las labores analíticas que se ejecutan.

Por otra parte, con respecto al seguimiento y control de los acuerdos del Comité de Riesgo, actualmente se dispone de un control de los acuerdos tomados por este órgano, de los cuales se deriva el seguimiento y control de la atención de estos.

Comentario Auditoría Interna

La Auditoría Interna reconoce que la Unidad de Riesgos opera con base en políticas y metodologías vigentes; no obstante, el hallazgo no cuestiona la existencia de dichos instrumentos, sino la ausencia de procedimientos formales y documentados que regulen aspectos críticos del proceso operativo, como la reprogramación de planes, la actualización periódica de controles y el seguimiento trazable de los acuerdos del Comité de Riesgos.

Hallazgo 2.3 Declaración apetito de riesgo (Versión 5, vigente 2026)

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

En el apartado de resultados 2.3 del informe preliminar OP-OPR-009-2025, se indica lo siguiente:

“El documento no detalla la periodicidad de revisión de los indicadores, ni establece con claridad la frecuencia mínima de revisión, la frecuencia de actualización de los límites ni los responsables del monitoreo para cada indicador”

Más adelante, el informe de la Auditoría también señala:

“La situación identificada se asocia con la inexistencia de disposiciones internas suficientemente desarrolladas y formalizadas que regulen de manera integral el proceso de definición, actualización y seguimiento del Apetito de Riesgo institucional, particularmente en lo relativo a la definición completa de los niveles de apetito, tolerancia y capacidad para todos los indicadores (KRI), la determinación de periodicidades de monitoreo y responsables, así como la

estructuración metodológica para la incorporación y ajuste de dichos elementos dentro de la Declaración”

Con respecto a estos puntos, es importante indicar que el marco normativo que regula la Declaración de Apetito de Riesgo se establece actualmente en la política de Apetito de Riesgo, el Manual de Administración Integral de Riesgo y la Declaración de Apetito de Riesgo definidos a nivel institucional. Esta normativa interna considera los elementos indicados en el comentario anterior, en lo que se refiere a: el proceso de definición, actualización y seguimiento del Apetito de Riesgo institucional, la determinación de periodicidades de monitoreo y responsables y la estructuración metodológica para la incorporación y ajustes.

La política de riesgo establece la periodicidad de revisión de los indicadores y sus límites, así como la periodicidad en la que deben remitir los indicadores a la Unidad de Riesgo. El Manual de Administración de riesgo, establece en el apartado IX, los lineamientos para los indicadores de riesgo y sus límites, las desviaciones respecto a los límites, excepciones a los límites y roles y responsabilidades. Por otra parte, en el documento de la Declaración de Apetito de Riesgo, se establecen o reiteran algunos de los aspectos anteriormente mencionados, así como la dependencia responsable de cada indicador.

Los artículos 6 y 7 del Acuerdo SUGEF 2-10 anteriormente indicados, no establecen que deba existir una política de apetito de riesgo. Estos artículos establecen que es responsabilidad del Órgano de Dirección establecer las políticas que regirán el proceso de administración de riesgos, así como el proceso de administración de riesgo, establecer condiciones y estructuras necesarias, establecer la Declaración de Apetito y la vigilancia de este Órgano y la Alta Gerencia.

Por tanto, contar con una política de Apetito de Riesgo puede representar una buena práctica con el fin de fortalecer el marco normativo del proceso, sin embargo, la no existencia de una política de apetito de riesgo (la misma se estableció posterior a la primera versión de la Declaración de Apetito de Riesgo establecida a nivel institucional) no presenta un incumplimiento de la norma o una debilidad en la definición y estructuración de ese proceso.

Comentario Auditoría Interna

Analizada la respuesta de la Unidad de Riesgos, la Auditoría Interna aclara que el hallazgo no cuestiona la existencia de políticas o metodologías institucionales, sino la falta de procedimientos formales, documentados e integrales que regulen aspectos operativos críticos del proceso de gestión de riesgos, tales como la reprogramación de planes de mitigación, la actualización periódica de controles y el seguimiento trazable de los acuerdos del Comité de Riesgos. Las disposiciones vigentes no desarrollan criterios específicos de aprobación, justificación, evaluación de impacto ni mecanismos formales de validación independiente, ni se evidenció un procedimiento institucional que asegure el registro, seguimiento y verificación sistemática de los acuerdos adoptados.

Asimismo, aunque la Unidad de Riesgos señala que el Acuerdo SUGEF 2-10 no exige expresamente una política de apetito de riesgo, la observación se fundamenta en una debilidad en la gobernanza y secuencia normativa del proceso, evidenciada en la aprobación de la Declaración de Apetito de Riesgo sin contar previamente con un instrumento rector formalizado que regulara dicho proceso, lo cual es consistente con los propios lineamientos establecidos posteriormente en la normativa interna.

En relación con el riesgo estratégico, la Auditoría reconoce los esfuerzos realizados; no obstante, la recomendación se orienta a fortalecer su integración formal y sistemática dentro del marco del apetito de riesgo institucional, lo cual no se evidencia plenamente mediante métricas, parámetros o mecanismos formales de seguimiento.

En ese mismo sentido, en la Declaración de Apetito de Riesgo persisten indicadores relevantes consignados como “por definir”, sin límites de apetito, tolerancia y capacidad, así como la ausencia de parámetros cuantitativos y métricas que permitan la medición del riesgo estratégico, conforme a lo evidenciado en el documento analizado.

Asimismo, si bien la Administración hace referencia a la existencia de políticas, manuales y metodologías institucionales, dicha información no se refleja, en la información analizada, en evidencia verificable que permita confirmar que la Declaración de Apetito de Riesgo incorpore de manera completa y estructurada estos elementos, ni que exista una integración clara que asegure su aplicación para el monitoreo efectivo de los indicadores.

Hallazgo 2.4 Reporte de Riesgos al órgano de dirección

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

Artículo 22. Monitoreo

La entidad debe contar con sistemas de información de adecuada cobertura y calidad para monitorear sus exposiciones al riesgo.

Estos sistemas deben permitir una desagregación suficiente según el perfil de riesgo de la entidad, la complejidad y volumen de sus exposiciones de riesgo.

La calidad de los sistemas de información está determinada por su adecuación al volumen y complejidad de las exposiciones por riesgo, y por el grado en el que permita el seguimiento oportuno y detallado de las estrategias comerciales y de gestión de riesgos definidas por el Órgano de Dirección.

Artículo 23. Sistema de Información Gerencial

El Sistema de Información Gerencial de la entidad debe ser acorde con el tipo, complejidad, cantidad y volumen de sus exposiciones de riesgo, esto para los diferentes tipos de riesgos a los que se encuentra expuesta la entidad.

Sin perjuicio de los contenidos de información y de las frecuencias de reporte que la entidad haya establecido en su Sistema de Información Gerencial, deberá incorporarse el reporte de forma mensual al Órgano de Dirección de los indicadores de apetito por riesgo, las desviaciones respecto de los niveles establecidos en la Declaración de Apetito por Riesgo, la suficiencia patrimonial y la composición del capital base, así como estimaciones registradas para hacer frente al deterioro por riesgo de crédito.

De estos artículos se comprende que, con respecto a los sistemas de información con los que debe contar la institución para un adecuado monitoreo y reporte de información, dichos sistemas deben contar con información suficiente que permita generar resultados de manera mensual, sin perjuicio de los contenidos

de información y de las frecuencias de reporte que la entidad haya establecido en su Sistema de Información Gerencial (tal y como lo indica el artículo 23). Es decir, los informes remitidos al Órgano Director y la información que estos contengan debe ser detallada de manera mensual. No se interpreta que los informes deban ser remitidos mensualmente a dicho órgano.

Además, en diferentes artículos del Acuerdo SUGEF 2-10, donde se establecen las responsabilidades del Órgano de Dirección, no se establece la periodicidad en la que la información deba ser remitida a este órgano (artículo 9, inciso d), o bien se establece que este órgano puede definir la periodicidad con la cual conocerá los resultados de los niveles de riesgo establecidos en la Declaración de Apetito por Riesgo y demás información permitiente (artículo 26, inciso f).

Comentario Auditoría Interna

Analizada la respuesta remitida por la Unidad de Riesgos mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026, la Auditoría Interna mantiene el criterio expuesto en el resultado 2.4, en tanto la interpretación planteada no desvirtúa la condición observada ni el incumplimiento normativo identificado.

Si bien la normativa citada reconoce que el Sistema de Información Gerencial debe ser acorde con la naturaleza y complejidad de las exposiciones al riesgo, el artículo 23 del Acuerdo SUGEF 2-10 es explícito al disponer que deberá incorporarse el reporte de forma mensual al Órgano de Dirección de los indicadores de apetito de riesgo, sus desviaciones, la suficiencia patrimonial y las estimaciones por deterioro del riesgo de crédito. Esta disposición establece una obligación mínima de periodicidad para la remisión de dicha información al Órgano de Dirección, la cual no queda supeditada a la frecuencia que la entidad defina discrecionalmente en su Sistema de Información Gerencial.

En ese sentido, la distinción planteada entre la generación mensual de información y su remisión trimestral al Órgano de Dirección no resulta consistente con la literalidad ni con el propósito de la norma, cuyo objetivo es asegurar que el máximo órgano de gobierno disponga de información actualizada y oportuna para la supervisión continua del perfil de riesgo institucional. La evidencia examinada demuestra que, si bien la información se presenta mensualmente al Comité de Riesgos, su remisión al Órgano de

Dirección se realiza de forma trimestral, configurándose una desviación directa respecto a la periodicidad mensual exigida.

Adicionalmente, la Auditoría reitera que la situación observada se ve reforzada por la ausencia de un procedimiento interno formalmente establecido que garantice la preparación y remisión mensual de esta información al Órgano de Dirección, lo cual constituye una debilidad del sistema de control interno y limita la observancia consistente del marco regulatorio aplicable.

En relación con la interpretación planteada por la Administración, la referencia normativa a que la obligación se establece “sin perjuicio de los contenidos de información y de las frecuencias de reporte que la entidad haya definido” no habilita a la entidad a disminuir la periodicidad exigida, sino que permite complementar o ampliar los esquemas de reporte, manteniéndose inalterada la exigencia mensual establecida en la norma.

En este contexto, la evidencia analizada confirma que la remisión de la información al Órgano de Dirección se realiza de forma trimestral, lo cual no resulta consistente con la obligación normativa vigente, sin que los argumentos expuestos permitan sustentar una diferenciación válida entre la generación de la información y su reporte al Órgano de Dirección.

Hallazgo 2.5 Revisión del Plan de trabajo de la Unidad de Riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

Con respecto a la recomendación señalada, el plan de trabajo anual es establecido de manera detallada con las actividades que la Unidad de Riesgo debe atender en el periodo y es aprobado por el Comité de Riesgo. Con base en lo solicitado se procederá con la revisión del proceso actual de seguimiento con el fin de que se incorporen los elementos señalados.

Comentario Auditoría Interna

La respuesta de la Administración no desvirtúa la condición observada, por lo que se mantiene la recomendación emitida.

Hallazgo 2.6 Validar el informe anual de cultura de riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Con respecto a la recomendación señalada, como parte del plan de acción establecido para la atención del estudio SUGEF SGF-0131-2026 / SGF-DSI-0009-2026, se han establecido las acciones correspondientes para formalizar dentro de los procedimientos internos la incorporación de las conclusiones y recomendaciones de los análisis e informes generados por parte de las diferentes instancias (Unidad de Riesgo y Comité de Riesgo) hacia los órganos de gobierno pertinentes (Comité de Riesgo, Gerencia General y Junta Directiva).

Comentario Auditoría Interna

La respuesta de la Administración no desvirtúa la condición observada, por lo que se mantiene la recomendación emitida.

Hallazgo 2.7 Idoneidad del nombramiento de la Encargada de la Unidad de Riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

“Con respecto a los resultados 2.7, 2.8, 2.9 y sus conclusiones, así como las recomendaciones 4.2.1, 4.2.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.5.1 y 4.5.2 señaladas en el informe al que refiere este oficio (OP-OPR-009-2025), se solicita se aclare las instancias correspondientes que deben atender estos apartados para la emisión de los comentarios u observaciones por escrito. Esta Unidad durante el proceso de atención de esta Auditoría respecto a los aspectos señalados en los citados apartados no fue informada o consultada y, por tanto, la información

correspondiente de la que se derivan los resultados no fue proporcionada por esta. En caso de requerir la atención por parte de esta Unidad de dichos apartados, se solicita se realice las sesiones correspondientes de entendimiento, así como se otorgue el plazo prudencial para su atención.”

Comentario Auditoría Interna

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

Hallazgo 2.8 Incumplimiento en la aprobación de la evaluación de desempeño

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

“Con respecto a los resultados 2.7, 2.8, 2.9 y sus conclusiones, así como las recomendaciones 4.2.1, 4.2.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.5.1 y 4.5.2 señaladas en el informe al que refiere este oficio (OP-OPR-009-2025), se solicita se aclare las instancias correspondientes que deben atender estos apartados para la emisión de los comentarios u observaciones por escrito. Esta Unidad durante el proceso de atención de esta Auditoría respecto a los aspectos señalados en los citados apartados no fue informada o consultada y, por tanto, la información correspondiente de la que se derivan los resultados no fue proporcionada por esta. En caso de requerir la atención por parte de esta Unidad de dichos apartados, se solicita se realice las sesiones correspondientes de entendimiento, así como se otorgue el plazo prudencial para su atención.”

Comentario Auditoría Interna

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

Hallazgo 2.9 Cuadro de Sucesión de la Unidad de Riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Al respecto, como respuesta a lo indicado en el informe preliminar, mediante oficio BANHVI-UR-OF-0015-2026 del 10 de abril del 2026, la Encargada de la Unidad de Riesgos, nos indicó lo siguiente:

“Con respecto a los resultados 2.7, 2.8, 2.9 y sus conclusiones, así como las recomendaciones 4.2.1, 4.2.2, 4.3.1, 4.3.2, 4.5.1 y 4.5.2 señaladas en el informe al que refiere este oficio (OP-OPR-009-2025), se solicita se aclare las instancias correspondientes que deben atender estos apartados para la emisión de los comentarios u observaciones por escrito. Esta Unidad durante el proceso de atención de esta Auditoría respecto a los aspectos señalados en los citados apartados no fue informada o consultada y, por tanto, la información correspondiente de la que se derivan los resultados no fue proporcionada por esta. En caso de requerir la atención por parte de esta Unidad de dichos apartados, se solicita se realice las sesiones correspondientes de entendimiento, así como se otorgue el plazo prudencial para su atención.”

Comentario Auditoría Interna

El 27 de marzo de 2026 se remitió el informe preliminar de la Gestión de Riesgos a la Dirección Administrativa a cargo de la MBA Margoth Campos Barrantes y al Ing. Walter Muñoz Caravaca, Gerente General a.i.; sin embargo, a la fecha no se recibió respuesta. Por lo tanto, se concluye que los resultados señalados sí formaron parte del proceso de audiencia efectuado dentro del presente estudio, sin que se recibieran observaciones por parte de las instancias a las cuales fue remitido el informe preliminar, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.

Hallazgo 2.10 Actualización de Reglamento sobre el funcionamiento del comité de riesgos

Comentario de la Unidad de Riesgos

Con respecto a la recomendación señalada, como parte del plan de acción establecido para la atención del estudio SUGEF SGF-0131-2026 / SGF-DSI-0009-2026, se han establecido las acciones correspondientes para fortalecer el reglamento de funcionamiento del comité de riesgo, mediante la incorporación de las responsabilidades de este órgano en alineación con lo establecido en la regulación prudencial aplicable.

Comentario Auditoría Interna

Sobre este tema, se mantienen las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna.

En ese sentido, se observa que la respuesta remitida por la Administración no desvirtúa la situación identificada, sino que reconoce la necesidad de fortalecer el reglamento del Comité de Riesgos mediante la incorporación de responsabilidades alineadas con la regulación prudencial aplicable, razón por la cual se mantienen los resultados y recomendaciones correspondientes.