



**AUDITORÍA INTERNA**

**INFORME RELACIONADO CON LA  
EVALUACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL  
SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (ASCII)  
APLICADO EN LOS PERÍODOS 2010-2011-2012**

**N° 12-2014**

**DICIEMBRE 2014**



**EVALUACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (ASCII) APLICADO EN LOS PERÍODOS 2010-2011-2012**

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
1.1 Origen del Estudio.....	5
1.2 Objetivo del Estudio.....	5
1.3 Objetivos específicos .....	5
1.4 Alcance del estudio.....	5
1.5 Consideraciones generales respecto al proceso de la autoevaluación del sistema de control interno institucional .....	6
1.6 Comunicación verbal de resultados.....	6
1.7 Limitaciones del estudio .....	6
<b>II. RESULTADOS .....</b>	<b>7</b>
2.1 VALORACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE ASCII.....	7
2.2 NECESIDAD DE APLICAR EL PROCESO DE LA ASCII EN EL TIEMPO ESTABLECIDO .....	9
2.3 NECESIDAD DE FORTALECER LA COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA APROBADA Y EL PLAN DE MEJORAS RESULTANTE DE LA ASCII 2010, 2011 Y 2012	10
2.4 NECESIDAD DE FORTALECER LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LOS PLANES DE MEJORA RESULTANTES DE LA ASCII 2011 Y 2012 MEDIANTE SU INCORPORACIÓN EN LOS PLANES ANUALES OPERATIVOS.....	14
2.5 FORTALECIMIENTO DE LAS GESTIONES PREVIAS Y POSTERIORES A APLICAR LA HERRAMIENTA DE LA ASCII 2012 .....	17
2.6 NECESIDAD DE FORTALECER LAS GESTIONES ARCHIVÍSTICAS EN EL EXPEDIENTE FÍSICO DE LA ASCII .....	20
2.7 FORTALECIMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS REUNIONES DE LA CEUCI .....	21

<b>2.8</b>	<b>NECESIDAD DE DOCUMENTAR LAS GESTIONES DEL CONSEJO TÉCNICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.9</b>	<b>NECESIDAD DE FORTALECER LA COMUNICACIÓN ESCRITA Y EMPLEO DE FORMATOS DE DOCUMENTOS EN EL PROCESO DE LA ASCII.....</b>	<b>23</b>
<b>2.10</b>	<b>NECESIDAD DE MEJORAR EL DOCUMENTO ACTUAL DE LA METODOLOGÍA DE LA ASCII .....</b>	<b>25</b>
<b>2.11</b>	<b>SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES DE INFORMES DE AUDITORIA ANTERIORES .....</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>30</b>
	<b>A LA GERENTE.....</b>	<b>30</b>
	<b>AL COORDINADOR DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El presente estudio forma parte del plan anual de trabajo 2014, específicamente en el apartado denominado “Servicios de Auditoría” sección “Auditoría Especial”, cuyo objetivo es determinar si los procesos de autoevaluación aplicados se realizaron de conformidad con la normativa que los regula y si se atendieron de manera oportuna los planes de mejora propuestos.

Los resultados de este informe se dirigen a fortalecer el sistema de control interno institucional en los siguientes aspectos: el cumplimiento de la normativa interna actual, la supervisión aplicada actualmente, la puesta en marcha de manera oportuna de los planes de mejora resultantes y el archivo de la información resultante de cada proceso de autoevaluación del sistema de control interno.

Lo anterior, con el objetivo de que el proceso de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional -de aquí en adelante ASCII-, se realice más eficaz y eficientemente, mejore la calidad de la información que se elabora, se comunica y se archiva, además de que cada involucrado ajuste su actuar a lo que está normado y coadyuve a administrar los riesgos a los que se expone este proceso a nivel institucional, entre estos, los riesgos de operatividad, liderazgo, límites de autoridad, comunicación, diseño y eficiencia que se encuentran definidos en la Estructura de Riesgos por fuentes del SENARA, así como otros riesgos identificados por la Auditoría Interna, de cumplimiento, de operación, de información, de oportunidad, de relevancia y de documentación.

En virtud de lo anterior y considerando que todos los participantes en este proceso y áreas relacionadas son susceptibles a mejorar su gestión, se emitieron recomendaciones dirigidas a fortalecer los aspectos antes mencionados, considerando además ajustes y/o modificaciones al documento de la Metodología para la aplicación de la ASCII, la aplicación puntual de lo que establece la normativa interna vigente para el proceso de la ASCII –estrategia, lineamientos, metodología-, el mantener un expediente físico por parte de la Unidad Coordinadora así como por parte de los enlaces de unidad con información oportuna, útil y confiable, entre otras, de manera tal, que dichas recomendaciones sean aplicadas en el corto plazo y puestas en práctica desde ya en el proceso que se está llevando actualmente para evaluar el período 2013, el cual dio inicio en setiembre 2014.

Cabe mencionar que las recomendaciones emitidas dentro de este proceso, en gran medida ayudan a fortalecer los componentes funcionales del sistema de control interno: ambiente de control, valoración del riesgo, actividades de control, sistemas de información y seguimiento del SCI. No obstante, dicha gestión se logra mediante la participación de cada uno de los involucrados en el proceso de la ASCII, aplicando los controles actuales y la inclusión de los controles que sean necesarios para fortalecer este proceso, proceso que tiene como meta principal mejorar la gestión que se aplica a nivel institucional para fortalecer el quehacer tanto hacia dentro como hacia afuera del SENARA.

## **EVALUACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (ASCII) APLICADO EN LOS PERÍODOS 2010-2011-2012**

### **I. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 Origen del Estudio**

Este estudio forma parte del plan de trabajo 2014, apartado denominado “Estudios de Auditoría”, tipo de auditoría “Especial”.

#### **1.2 Objetivo del Estudio**

Evaluar si el proceso de autoevaluación del sistema de control interno institucional cumple con las regulaciones vigentes aplicables en esa materia, tanto de carácter interno como las que rigen en el Sector Público.

#### **1.3 Objetivos específicos**

- a) Verificar que los procesos de autoevaluación se sujetaron a la normativa aplicable y en caso de detectarse desviaciones respecto a la misma, verificar que las mismas fueron debidamente justificadas.
- b) Verificar la atención que se dio a las observaciones de auditoría aplicables al período objeto de estudio.
- c) Verificar que como producto del proceso de autoevaluación se haya generado el respectivo plan de mejoras y se haya incorporado al plan anual operativo (Institucional y por áreas).
- d) Verificar el seguimiento que se le da al plan de mejoras propuesto.
- e) Valorar lo adecuado de la comunicación al Jerarca respecto a los resultados obtenidos.
- f) Determinar la existencia de un mecanismo de información y archivo que permita el registro de resultados de las autoevaluaciones realizadas en cada unidad.

#### **1.4 Alcance del estudio**

El estudio asignado contempló la evaluación del proceso de autoevaluación del control interno (ASCII) aplicado en el año 2013 que corresponde al período 2012. Para los años 2010 y 2011 únicamente se verificó si se realizó el proceso de autoevaluación correspondiente a esos años y si se comunicó al Jerarca los resultados y el plan de mejoras.

Para la ejecución de este estudio, se cumplió razonablemente en lo pertinente con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna: Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público (M-2-2006-CO-DFOE) y Normas

para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público (Resolución R-DC-119-2009 del 16/12/2009).

### **1.5 Consideraciones generales respecto al proceso de la autoevaluación del sistema de control interno institucional**

La ASCII es un proceso que está normado en el inciso b, del artículo N° 17 de la Ley General de Control Interno N° 8292, cuyo propósito general es la elaboración de un plan de acciones para el fortalecimiento del sistema de control interno y realizar las actividades de seguimiento para garantizar que dicho plan se cumpla.

Por ello al realizar este proceso se colabora en gran medida a que las debilidades y/o inconsistencias detectadas sean corregidas por los participantes y así se mejore la gestión interna a nivel institucional.

Adicionalmente permite crear oportunidades de mejora cuando éstas se consideren necesarias, generándole a la Institución un valor agregado en cuanto a la oportunidad, calidad y mejoras al actual sistema de control interno institucional y por ende contribuir al siguiente objetivo estratégico del plan operativo institucional 2014: *“Promover una organización interna moderna y fortalecida, con un ambiente laboral adecuado, que coadyuve al posicionamiento del SENARA como una institución consolidada y líder”*.

### **1.6 Comunicación verbal de resultados**

El día 10 de diciembre del 2014 a la 1:00 a.m., en la Sala de la Dirección de Planificación se convocó al M.S.c Carlos Zúñiga Naranjo, en calidad de Subgerente y al Lic. Juan Carlos Mora Montero, Director de Planificación en su rol de encargado de la Unidad Coordinadora de Control Interno a la presentación verbal de los resultados del presente estudio, no obstante, dichos funcionarios no asistieron a la reunión. Tampoco presentaron justificación por la no asistencia a la misma.

Los días 17 y 18 de diciembre del 2014 en la Sala de la Dirección de Planificación, se comunicaron los resultados del presente estudio al M.S.c Carlos Zúñiga Naranjo, en su calidad de Subgerente, al Lic. Juan Carlos Mora Montero, Director de Planificación en su rol de encargado de la Unidad Coordinadora de Control Interno y a la Ingra. Rocío Méndez Araya en calidad de invitada según consta en las actas de presentación de resultados N° 09-2014 y N° 11-2014.

### **1.7 Limitaciones del estudio**

Se presentaron 2 procesos de trabajo para los cuales no se pudo ubicar el expediente físico de la ASCII 2012, procesos de trabajo que corresponden a la Junta Directiva y a la Gerencia.

## **II. RESULTADOS**

### **2.1 VALORACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE ASCII**

Según la evaluación de los componentes funcionales del sistema de control interno aplicable al proceso de la ASCII, se obtuvo que:

#### **a) De acuerdo al componente sobre ambiente de control:**

Considerando las debilidades detectadas en la revisión del proceso de la ASCII 2012, se determinó que los elementos de comunicación y técnicas de trabajo empleados presentaron debilidades en cuanto a la forma de aplicarlos por parte de la Unidad Coordinadora, los enlaces de unidad y el Consejo Técnico, ya que algunas actividades no se realizaron y otras se realizaron a medias por falta de una comunicación clara, completa, oportuna y documental.

#### **b) De acuerdo al componente sobre valoración del riesgo:**

A pesar de que la ASCII 2012 evaluó el componente de valoración del riesgo, se evidencia que a la fecha no se han realizado capacitaciones sobre el tema de valoración de riesgo, a pesar que dicho tema fue incluido como meta dentro del Plan de Mejoras resultante de la ASCII 2012 para ejecutarse en este año 2014, lo que puede afectar la gestión institucional tanto hacia dentro como hacia afuera de la Institución así como en la elaboración del plan operativo interno, el plan operativo institucional, la elaboración del presupuesto institucional, el plan estratégico, entre otros.

#### **Evento subsecuente:**

Se tiene conocimiento que en conjunto la Dirección de Planificación con apoyo de la Auditoría Interna capacitaron a un grupo de funcionarios de la Dirección de Ingeniería y Desarrollo de Proyectos y de la Dirección del Distrito Riego Arenal Tempisque, entre octubre y noviembre 2014 en el tema de SEVRI.

#### **c) De acuerdo al componente sobre actividades de control:**

Se evidencia que las actividades de control que se aplican en el proceso de ASCII son deficientes, ya que la normativa a aplicar en el proceso de la ASCII presenta debilidades en cuanto al orden cronológico y la redacción de dicha documentación. Además se presentan debilidades en cuanto a información incompleta, poco fiable y no oportuna y una débil supervisión por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional. Estas situaciones dejan al descubierto que el proceso de la ASCII requiere más atención para que se aplique en cumplimiento de la normativa interna actual. Por otra parte es necesario realizar ajustes y modificaciones de forma y de fondo en el

documento actual de la Metodología elaborada y aprobada, considerando aspectos de concordancia y uniformidad con lo establecido en los documentos de la Estrategia y los Lineamientos, redacción clara de las actividades, puntualización de cada actividad a desarrollarse, orden de aplicación y revisión oportuna del cumplimiento de dicha normativa por parte de los involucrados.

**d) De acuerdo al componente sobre sistemas de información:**

Como complemento a lo indicado en el párrafo anterior, los sistemas de información utilizados en la ASCII 2012 presentan debilidades en cuanto a confiabilidad, oportunidad y utilidad, adicionando debilidades en la comunicación, ya que algunas veces no se ejerce de manera adecuada y oportuna, lo que provoca que el proceso de autoevaluación no se realice satisfactoriamente de acuerdo a la normativa aprobada para estos efectos.

**e) De acuerdo al componente sobre seguimiento del SCI:**

Las actividades de seguimiento aplicadas en el proceso de la ASCII 2012 por la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional presentan debilidades, ya que algunas actividades no se aplicaron de forma puntual y oportuna de acuerdo a la metodología elaborada por dicha Unidad y tampoco se evidencian por escrito las justificaciones correspondientes. En otros casos se evidencia la ausencia y carencia de actividades de seguimiento por lo que no se verifica que el proceso de ASCII se aplique eficaz y eficientemente, tanto por la Unidad Coordinadora como por los procesos de trabajo, como por ejemplo el incluir dentro del informe ejecutivo 112 encuestas aplicadas y no las 145 encuestas que se evidencian en el expediente físico de la Unidad Coordinadora y la falta de avance en el plan de mejoras elaborado por los diferentes procesos de trabajo. Estas situaciones no permiten el cumplimiento satisfactorio de las normas que conforman el componente sobre seguimiento del SCI.

**f) Los riesgos identificados a la luz de la realización de esta evaluación corresponden a riesgo operativo, de liderazgo, de límites de autoridad, de comunicación, de diseño y de eficiencia, los cuales se encuentran definidos en la Estructura de Riesgos por fuentes del SENARA. Además la Auditoría Interna identificó otros riesgos los cuales corresponden a riesgos de cumplimiento, de operación, de información, de oportunidad, de relevancia y de documentación.**

Las anteriores situaciones descritas surgen por una débil supervisión por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno en cuanto al cumplimiento eficaz y eficiente de la normativa interna para el proceso de la ASCII y la ausencia de mecanismos de control, lo que conlleva a que no se cumpla satisfactoriamente dicha normativa y se debilite el sistema de control interno asociado al proceso ASCII.



## **2.2 NECESIDAD DE APLICAR EL PROCESO DE LA ASCII EN EL TIEMPO ESTABLECIDO**

**2.2.1** Las autoevaluaciones de control interno que evaluaron tanto el período 2011 como el período 2012, iniciaron en el último cuatrimestre del año siguiente a esos años; situación que desvirtúa los siguientes aspectos:

- a) Evaluar de manera expedita el año inmediato anterior finalizado (de enero a diciembre).
- b) Aprovechar oportunamente el criterio, opinión y conocimiento de los colaboradores del SENARA, en cuanto a las situaciones y acontecimientos que sucedieron en ese período a evaluar.
- c) La creación de un plan de mejoras oportuno que ataque las debilidades de control interno de ese momento tanto a lo interno de las dependencias como a nivel institucional.

**2.2.2** En el caso de la ASCII que evaluó el período 2012, esta autoevaluación no se aplicó en el primer semestre del año como quedó establecida en el documento de la estrategia aprobada por la Junta Directiva en junio 2013, tampoco se evidenció justificación por escrito por tal desfase de tiempo.

**2.2.3** Llama la atención que la Dirección de Planificación cuando elaboró la Estrategia para la ASCII, no tomó en cuenta lo que se definió en el acuerdo N° 4473<sup>1</sup> de la Sesión Extraordinaria de Junta Directiva N° 329-12 del 26/11/2012, el cual establece que en el mes de enero se debe entregar y presentar el informe y el plan de mejoras resultante de la ASCII ante la Junta Directiva, ya que en el cuerpo del documento de la Estrategia se establece que la ASCII se debe realizar en el primer semestre del año.

Las situaciones anteriores se han dado debido a una débil supervisión y falta de cuidado por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, provocando que dicho proceso no se realice en el tiempo definido como lo establece la normativa interna vigente y según los acuerdos de Junta Directiva, además no permite que se elabore el plan de mejoras para fortalecer oportunamente las debilidades resultantes en dicho proceso.

---

<sup>1</sup> **Acuerdo N° 4473:** Se modifica el Acuerdo N° 3855 tomado por la Junta Directiva, en la Sesión Ordinaria N° 567-09 del 07 de octubre del 2009, para que en lo sucesivo se lea así: Se gira instrucciones a la Licda. Iveth Castillo Ruiz, Secretaria de esta Junta Directiva agendar de oficio, la presentación por parte de la Dirección de Planificación Institucional, los resultados de la Autoevaluación y el plan de mejora del sistema de control interno para la primera sesión del mes de enero de cada año, y para la primera sesión del mes de agosto, la presentación de un informe con los avances de la implementación del Plan de Mejora del Sistema de Control Interno de cada año. ACUERDO FIRME.

Evento subsecuente:

El día 21/10/2014, en la presentación de condiciones preliminares, el Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que se va a presentar una propuesta para modificar el acuerdo de Junta Directiva respecto a los plazos estipulados para presentar la información relacionada con la ASCII.

**2.3 NECESIDAD DE FORTALECER LA COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA APROBADA Y EL PLAN DE MEJORAS RESULTANTE DE LA ASCII 2010, 2011 Y 2012**

**2.3.1 Con respecto a la ASCII que evaluó el período 2010:**

Con el acuerdo N° 4609 de la sesión de Junta Directiva N° 975-2013 del 24/06/2013 se da por presentado el oficio GG-OF-494-2013 -en el cual se exponen las justificaciones por no realizar el proceso de la ASCII 2010- y se advierte a la Administración Activa y a la Unidad Coordinadora de Control Interno que si dicha situación se presenta nuevamente, la Junta Directiva se verá obligada a aplicar el artículo N° 39 de la Ley General de Control Interno.

Llama la atención que los resultados obtenidos de la ASCII que evaluó el período entre agosto 2010 y agosto 2011 no hayan sido utilizados para subsanar el hecho de que la ASCII del período 2010 no se realizó y/o incluir esos resultados dentro de los resultados de la ASCII 2011, situación que deja al descubierto que hubo un desperdicio de los recursos aplicados en la ASCII que evaluó el período entre agosto 2010 y agosto 2011.

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que después de dicha autoevaluación no se ha repetido este tipo de situaciones, ya que los periodos evaluados 2011 y 2012 y la actual autoevaluación que se está llevando a cabo del periodo 2013 corresponden a año calendario, es decir, de enero a diciembre.

**2.3.2 Con respecto a la ASCII que evaluó el período 2011:**

La Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional no comunicó de forma oportuna el informe ejecutivo y el plan de mejoras resultante de la ASCII 2011 a la Junta Directiva. En este proceso se observaron las siguientes debilidades:

**2.3.2.1** El informe fue comunicado con el oficio N° DPI-OF-207-2013 del 18/10/2013 y presentado a Junta Directiva en la sesión N° 987-2013 del 11/11/2013. Sin embargo, 6 meses antes los resultados de dicha autoevaluación

se presentaron ante la Comisión de Enlaces, según acta N° 6, sesión 006-01-2013 del 17/04/2013.

Llama la atención que dicho informe no reporta el estado de cumplimiento de los planes de mejora de los años anteriores, lo que no permite tomar acciones inmediatas en caso de que existan acciones pendientes de cumplirse y por consiguiente debilita el control interno institucional aplicado hasta ese momento.

**2.3.2.2** El informe de la ASCII 2011 se comunicó a la Junta Directiva el 18/10/2013, siendo no consistente con el acuerdo N° 4473<sup>1</sup> de la sesión 951-2012 del 23-11-2012.

**2.3.2.3** Respecto al Plan de Mejora Institucional resultante de la ASCII 2011, éste no se presentó en la fecha de agosto conforme al acuerdo N° 4473<sup>1</sup> y tampoco se presentó en diciembre 2013 como se solicitó en el acuerdo de Junta Directiva N° 4680 del 11/11/2013, ya que hasta el 16/01/2014, la Dirección de Planificación lo comunicó con el oficio N° DPI-007-2014, y se presentó ante la Junta Directiva en la Sesión Ordinaria N° 995-2014 del 03/02/2014. No se evidenció justificación por escrito ante la Junta Directiva por la comunicación tardía de dicho plan.

**2.3.3** Con respecto a la ASCII que evaluó el período 2012:

**2.3.3.1** Respecto a los informes y los planes de mejora resultantes de la ASCII 2012 de los procesos de trabajo se tiene que:

a) No se evidenció que los 13<sup>2</sup> procesos de trabajo existentes en ese momento hayan elaborado el informe con los resultados obtenidos conforme lo establece el artículo 21 y 22 de los Lineamientos, en el caso de la Dirección de Planificación a pesar que elaboró el informe este no cumplió con los requisitos estipulados en el artículo 22.

b) Las dependencias de la Dirección de Investigación y Gestión Hídrica –de ahora en adelante DIGH-, la Dirección del Distrito Riego Arenal del Tempisque –de ahora en adelante DRAT-, la Dirección Jurídica, la Dirección Administrativa Financiera –de ahora en adelante DAF-, Dirección de Ingeniería y Desarrollo de Proyectos -de ahora en adelante INDEP- y la Dirección de Planificación no comunicaron en el mes de enero 2014 el plan de mejoras resultante a lo interno de sus áreas por lo que tampoco se comunicó oportunamente a la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno. Esta situación desatiende lo que se definió en el oficio N° DPI-OF-003-2014 del 15/01/2014, en el cual la Dirección de Planificación le indicó a la Junta Directiva que por haberse aplicado la herramienta

---

<sup>2</sup> **Procesos de trabajo:** Junta Directiva, Gerencia General, Dirección de Planificación, Dirección Jurídica, Dirección Administrativa Financiera, Dirección del Riego Arenal del Tempisque, Dirección de Investigación y Gestión Hídrica, Dirección de Ingeniería y Desarrollo de Proyectos, Auditoría Interna, Unidad Administradora del PROGIRH, Unidad de Gestión Informática, Archivo Central y Contraloría de Servicios

de la ASCII 2012 en el mes de diciembre 2013, la divulgación de los resultados, análisis y conformación del plan de mejoras en cada proceso de trabajo se realizaría entre el 20 y el 31 de enero del 2014, ya que la divulgación de los resultados obtenidos de la ASCII 2012 en esas áreas se realizó en fechas entre febrero y marzo 2014.

Con respecto a lo anterior no se evidenció en el expediente físico de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, justificación por escrito del atraso de esos procesos de trabajo al realizar en fechas de febrero y marzo 2014 la divulgación y entrega del plan de mejoras resultante de la ASCII 2012 a lo interno de sus unidades. Además, no se evidencian gestiones documentales y oportunas por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional solicitando a los procesos de trabajo de la DIGH, del DRAT, de la Dirección Jurídica y de INDEP la remisión a finales del mes de enero 2014, del acta de asistencia de la divulgación de resultados así como del plan de mejoras resultante, ya que las gestiones que se evidenciaron de manera documental fueron las que se realizaron tardíamente el 25/02/2014 con los oficios N° DPI-021-14, N° DPI-022-14 y N° DPI-023-14, en los cuales se solicitó remitir a más tardar el 11/03/2014 el plan de mejoras y con el oficio N° DPI-037-14 de fecha 14/03/2014 en el cual se le solicitó a la Dirección Jurídica remitir el plan de mejoras 2014 y el acta de asistencia con la participación del personal que ayudó a elaborar dicho plan.

**2.3.3.2** Se evidenció que no se cumplió con el acuerdo N° 4712 del 03/02/2014, en el cual la Junta Directiva acordó fijar para el día 03/03/2014 la presentación del producto final del Plan de Mejora del Sistema de Control Interno y los resultados de la ASCII 2012, ya que hasta el día 13/03/2014, la Dirección de Planificación remitió el informe ejecutivo de la ASCII 2012 a la Secretaria de Actas mediante el oficio N° DPI-035-14, lo que evidencia que al 13 de marzo todavía no estaba agendado el plan de mejora para verse en sesión de Junta Directiva.

**2.3.3.3** Respecto al informe ejecutivo de la ASCII 2012 presentado en la Sesión Extraordinaria N° 353-14 del 26/05/2014 -acuerdo N° 4757- ante la Junta Directiva por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno, se evidenciaron las siguientes debilidades:

**a)** No se menciona cuáles son las estadísticas de los participantes que aplicaron y los que no aplicaron la encuesta aprobada, considerando al Jerarca, los Titulares Subordinados y demás funcionarios. En consulta verbal el 18/08/2014 a Rocío Méndez, enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional<sup>4</sup> indicó que los resultados obtenidos corresponden a 90 encuestas de funcionarios y 12 encuestas de jefaturas, además de que las encuestas aplicadas por la Junta Directiva no fueron tabuladas.

Llama la atención que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional no aplicó un mecanismo de control para verificar que los resultados

obtenidos de la ASCII 2012 presentados ante la Junta Directiva se presentaran completos, ya que se evidenciaron 145 encuestas completadas para el proceso de la ASCII 2012, lo que evidencia que los resultados presentados en el informe ejecutivo dejaron por fuera 43 encuestas completadas por funcionarios y miembros de Junta Directiva. A continuación el detalle de las 145 encuestas evidenciadas:

**Cuadro N° 1**  
**Detalle de encuestas aplicadas por dependencia**  
**en la ASCII 2012**

Proceso de Trabajo	Encuestas Completas		
	funcionarios	jefaturas	Total
DRAT	42	1	43
INDEP	37	1	38
DAF	23	1	24
DIGH	16	1	17
Junta Directiva	4	0	4
Dirección de Planificación	3	1	4
Auditoría Interna	2	1	3
Dirección Jurídica	2	1	3
UAP-PROGIRH	2	1	3
Gerencia General	1	1	2
Unidad Informática	1	1	2
Contraloría de Servicios	0	1	1
Archivo Central	0	1	1
	<b>133</b>	<b>12</b>	<b>145</b>

**b)** Con respecto a la herramienta aplicada por las 12 jefaturas, se evidenció que los resultados obtenidos de esas 12 jefaturas se incluyeron únicamente en el proceso de trabajo de la Gerencia, más no así en cada uno de los procesos de trabajo que tienen a su cargo.

Evento Subsecuente:

Con oficio N° AI-316-14 del 03/11/2014, se remite el asunto: "Advertencia relacionada con la no inclusión de los Titulares Subordinados en la aplicación de la herramienta ASCII para el proceso de trabajo que tienen a su cargo".

**c)** En el informe no se menciona que los resultados tabulados se obtienen del sistema automatizado estadístico SPSS, esto con la finalidad de ubicar al lector respecto al origen y resultados de los datos que se indican en dicho informe.

d) A pesar que el sistema automatizado estadístico presenta tablas de frecuencia cuando se tabulan los resultados de las encuestas; en el informe ejecutivo no se presentan gráficos que permitan facilitar al lector la interpretación de los resultados de la ASCII.

**2.3.3.4** El informe ejecutivo presentado a la Junta Directiva fue el mismo informe que se le presentó a las áreas de Gerencia, Archivo Central, Contraloría de Servicios y Unidad de Gestión Informática. Sin embargo, en la normativa interna (Estrategia, Lineamientos, Metodología) no se establece que para esas áreas se deba presentar el informe ejecutivo de la Junta Directiva, siendo esto una situación no consistente con los demás procesos de trabajo que sí comunicaron a lo interno los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas en sus áreas.

**2.3.3.5** Respecto al plan de mejoras institucional resultante de la ASCII 2012, se evidenció que su aprobación por parte de la Junta Directiva se comunicó tardíamente a nivel institucional, ya que la Secretaria de Actas comunicó a la Dirección de Planificación la aprobación de dicho plan de mejoras mediante el oficio N°SEA-086-14 del 13/06/2014, 21 días después de haberse emitido el acuerdo N° 4757 de la sesión N° 353-14 del 06/05/2014 y la Dirección de Planificación a su vez comunicó a 11 procesos de trabajo dicho plan de mejoras entre 31 y 33 días después de recibir el oficio N° SEA-086-14.

Las situaciones anteriores se han dado debido a una débil supervisión, falta de cuidado y falta de celeridad por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional y de apoyo del Consejo Técnico para que el proceso se lleve a cabo satisfactoriamente tanto en tiempo como en gestión, lo que conlleva a afectar el cumplimiento de los plazos estipulados, el plan de mejoras, a que la información se presente de forma incompleta, lo que puede provocar una interpretación errónea de los resultados, afectando la toma de decisiones por parte del Jerarca y por ende debilita el control interno institucional.

## **2.4 NECESIDAD DE FORTALECER LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LOS PLANES DE MEJORA RESULTANTES DE LA ASCII 2011 Y 2012 MEDIANTE SU INCORPORACIÓN EN LOS PLANES ANUALES OPERATIVOS**

**2.4.1** A excepción del plan anual operativo de la Unidad de Recursos Humanos del período 2015, en el cual se observa la inclusión de un indicador relacionado con una de las metas del plan de mejoras de la DAF (programar un taller con el tema para valoración del riesgo para el personal de la DAF), no se evidenció que las demás metas de los 8<sup>3</sup> procesos de trabajo que elaboraron el plan de mejora resultante de la ASCII 2012, hayan sido incluidos en los planes anuales operativos del período 2014 o del período 2015 por parte de la Dirección de Planificación.

---

<sup>3</sup> Los 8 procesos de trabajo corresponden a: Dirección de Planificación, UAP PROGIRH, Dirección Jurídica, Auditoría Interna, INDEP, DIGH, DAF y DRAT.

**2.4.2** Los planes de mejora de los procesos de trabajo así como el plan de mejora institucional que resultaron de la ASCII 2012 no se incluyeron en el Plan Operativo Institucional, ya que de acuerdo a la consulta verbal realizada en el mes de agosto a Rocío Méndez y Kathia Hidalgo, funcionarias de la Dirección de Planificación, indicaron que las actividades que se incluyen en el Plan Operativo Institucional corresponden a productos finales y en el caso de los planes de mejora resultantes de la ASCII, éstos corresponden a productos intermedios que se incluyen en los planes operativos de cada unidad; ya que los planes de mejora de la ASCII son productos que no recibe el público en general, sino que son actividades para mejorar la gestión interna de la Institución. Por tanto no son incluidos en el Plan Operativo Institucional. No obstante en el artículo 30 de los Lineamientos para la aplicación de la ASCII y el apartado 4.4.3, inciso a) de la Metodología, se establece que los planes de mejora se deben incorporar en el Plan Operativo Institucional.

Evento Subsecuente:

En la comunicación verbal del borrador del informe N° 12-2014 el día 17/12/2014, el Coordinador del Sistema de Control Interno indicó que la no inclusión de los planes de mejora dentro del Plan Operativo Institucional es por disposición del lineamiento técnico metodológico de MIDEPLAN.

**2.4.3** En 7 de los 8 procesos de trabajo -excepto el DRAT- el plan de mejora de la ASCII 2012 fue presentado con los siguientes elementos: tema, oportunidades de mejora identificadas, evidencia según la guía, meta de la acción de mejora para el 2014, resultado esperado, plazo, responsable de aplicar la medida y observaciones. Sin embargo, en la normativa interna de la ASCII no se establece cuáles son los elementos y/o el formato que debe ser utilizado o aplicado cuando se elabora el plan de mejoras.

Llama la atención que el formato aplicado para el plan de mejoras es muy diferente al formato establecido para realizar el seguimiento a dicho plan, el cual sí está definido en la Metodología de la ASCII, ya que establece los siguientes elementos: producto, usuarios, indicadores de gestión y/o de resultados, fórmula, desempeño histórico, meta del indicador, fuente presupuestaria asociada a la meta en el período de evaluación, fuente de datos del indicador (fuente documental) y observaciones.

**2.4.4** En la normativa interna de la ASCII así como en el Manual de Normas y Procedimientos de Planificación y Formulación Presupuestaria, no se encuentra regulado cómo y cuándo se deben incorporar los planes de mejora resultantes en los planes anuales operativos o en el Plan Operativo Institucional.

**2.4.5** No se evidenciaron actas, avances trimestrales, informes u otros documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejora de la ASCII

2012 por parte de los procesos de trabajo y la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional. La información que se obtuvo corresponde a los oficios N° DPI-141-14 al DPI-150-14 y DPI-153-14 de fechas de agosto del 2014 remitidos por la Unidad Coordinadora, en los cuales solicita a los procesos de trabajo indicar si aplicarán las acciones de mejora de la ASCII 2012 en el último cuatrimestre del 2014 o en el 2015. Sin embargo, en estos documentos no se solicita demostrar cuales han sido los avances de cumplimiento a las metas del plan de mejoras y tampoco se detalla cuál es el formato en que se debe presentar la información solicitada, ya que según consulta verbal el 01/09/2014, el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que dichos oficios remitidos corresponden a seguimiento del plan de mejoras.

**2.4.6** El cumplimiento de las metas de los 8 planes de mejora resultantes de la ASCII 2012 con corte al 15/10/2014, es el siguiente:

- ⇒ Cumplimiento parcial en los procesos de trabajo: DAF, Dirección Jurídica, INDEP, Auditoría Interna, Dirección de Planificación.
- ⇒ No cumplimiento en los procesos de trabajo: UAP, DRAT y DIGH.

Evento subsecuente:

Con oficio N° INDEP-610-14 del 31/10/2014, el Director de INDEP indica que la meta pendiente relacionada con el tema de capacitación en riesgo y SEVRI ya se implementó, por tanto se cumple al 100% las metas establecidas en el plan de mejoras de la ASCII 2012 para INDEP.

**2.4.7** En el mes de agosto 2014, la Unidad Coordinadora del Sistema de Control interno no comunicó el avance del seguimiento del plan de mejora de la ASCII 2012 a la Junta Directiva conforme se estableció en el acuerdo N° 4473<sup>1</sup>. Tampoco se tiene evidencia de que en fecha posterior a agosto 2014 se haya presentado el avance de los planes de mejora resultantes de la ASCII 2012.

Cabe mencionar que tampoco se evidenciaron comunicados de los avances y/o cumplimientos de los planes de mejora de los períodos anteriores al del 2012.

Las situaciones anteriores se presentan debido a que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional no reguló en la normativa interna de la ASCII lo que corresponde a la inclusión de planes de mejora dentro de los planes anuales operativos, además faltó un mayor compromiso por parte de esa Unidad para que el proceso de la ASCII se finalice con la puesta en práctica de las acciones de mejora; por estas razones se desvirtúa el valor agregado que genera el plan de mejoras resultante de dicha autoevaluación, además de que dichos planes no se incluyen en los planes anuales operativos para que sean ejecutados oportunamente por cada dependencia del SENARA, lo que conlleva a que no se subsanen las debilidades detectadas en la evaluación del control interno y no se



dé un uso eficiente a los recursos humanos, materiales y económicos utilizados en esta actividad, comprometiendo la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

## **2.5 FORTALECIMIENTO DE LAS GESTIONES PREVIAS Y POSTERIORES A APLICAR LA HERRAMIENTA DE LA ASCII 2012**

**2.5.1** No se evidenció de manera documental que la propuesta de la herramienta para la ASCII que evaluó el período 2012, haya sido probada por parte de la CEUCI para valorarla y analizarla previo a la aplicación a nivel institucional.

**2.5.2** No se evidenció que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno haya comunicado a los enlaces de unidad mediante oficio, la propuesta de la herramienta a aplicar para que la valoraran en conjunto con los titulares subordinados. La única información que se evidenció corresponde a los oficios N° DPI-OF-226-2013 al N° DPI-OF-231-2013 y del N° DPI-OF-234-2013 al N° DPI-OF-235-2013 de fechas del 21 y 27 de noviembre 2013 en los cuales se le comunica a los Titulares Subordinados de la DIGH, Auditoría Interna, UAP, DAF, Dirección Jurídica, DRAT, INDEP y Gerencia la propuesta de la herramienta para su respectivo análisis. Tampoco se evidenció que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno haya recibido mediante documento por escrito el aval, recomendación u observaciones a la propuesta de la herramienta de la ASCII 2012, por parte de esos Titulares subordinados y el respectivo enlace de unidad.

**2.5.3** Los documentos de entrega y de devolución del material relacionado con la herramienta a aplicar en la ASCII que evaluó el período 2012 no evidencian la firma de algunos enlaces de unidad, a continuación el detalle:

***Cuadro N° 2  
Falta de firma de enlaces de unidad cuando recibieron y entregaron la herramienta completada de la ASCII 2012***

<b>Documento</b>	<b>Falta de firma del enlace</b>
Acta de entrega de documentación (herramienta y lista de asistencia) por parte de la Coordinación de Control Interno a los Enlaces de Unidad	del DRAT y de la Unidad de Gestión Informática
Acta de entrega de documentación (herramienta y listas de asistencia) por parte de enlaces a la Coordinación de Control Interno	del DRAT y de la Junta Directiva

**2.5.4** No se evidenció por escrito que las dependencias del DRAT, la Gerencia, la Dirección Jurídica, UAP-PROGIRH y la Dirección de Planificación hayan comunicado a la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno cuando y donde se aplicaría la herramienta para autoevaluar el período 2012.

**2.5.5** La Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno mantiene los documentos originales y no la copia de los documentos que evidencian la asistencia de los funcionarios de todos los procesos de trabajo que aplicaron la herramienta de la ASCII 2012, excepto para la Dirección Administrativa Financiera.

**2.5.6** La Unidad Coordinadora solamente capacitó a 9 enlaces de unidad en el tema de la tabulación de datos de las encuestas entre el 9 y el 11 de diciembre 2013, quedando por fuera los enlaces la Unidad del Archivo Central, la Contraloría de Servicios, y del DRAT, según la información que se detalla en el folio N° 20 del Libro de Actas de la CEUCI.

Evento subsecuente:

En la comunicación verbal del borrador del informe N° 12-2014 del día 17/12/2014, el Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que no se realizó la capacitación a los enlaces de la Unidad del Archivo Central, la Contraloría de Servicios y del DRAT, ya que fue ella quien tabuló los resultados de las encuestas aplicadas a esos procesos de trabajo.

**2.5.7** No se evidencia por escrito que los enlaces de unidad hayan comunicado a la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno, la realización de la prueba piloto en los computadores para garantizarse el uso correcto del sistema automatizado para tabular los resultados obtenidos de la encuesta aplicada. Tampoco se evidenció por escrito que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno solicitara a los enlaces de unidad los resultados obtenidos de la prueba piloto.

**2.5.8** El enlace de la Gerencia no tabuló los resultados de las 12 jefaturas de las áreas del SENARA - incluidas las encuestas de las funcionarias a cargo de las áreas del Archivo Central y la Contraloría de Servicios-, ya que el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno fue quien realizó dicha función. Esta situación es contraria a lo que establece la Metodología para la aplicación de la ASCII, en cuanto a que cada enlace de cada proceso de trabajo debe tabular los resultados obtenidos de la aplicación de la herramienta aprobada para la ASCII. Además no existe justificación por escrito para que el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno realizara dicha actividad.

**2.5.9** No se evidenció justificación por escrito en el expediente físico de la ASCII 2012 que custodia la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno, del motivo por el cual solamente a 7 de los 13 enlaces de unidad se les instaló el software estadístico para tabular los resultados obtenidos de la herramienta de la ASCII 2012, excluyendo así a los enlaces de los procesos de trabajo de la Junta Directiva, la Gerencia, la Contraloría de Servicios, el Archivo Central y la Dirección de Planificación. Llama la atención que en el cuerpo del oficio N° DPI-OF-225-

2013 del 20/11/2013 -en el cual la Unidad Coordinadora le solicitó al Gestor Informático la instalación del sistema estadístico en las computadoras de los enlaces de trabajo para tabular los resultados de la ASCII- no se evidencia que se hayan indicado excepciones para no instalarlo en una o varias computadoras de los enlaces de unidad.

Por otra parte se observó que en la normativa interna de la ASCII no se establecen actividades relacionadas para desinstalar o desactivar el sistema estadístico automatizado en la computadora de cada enlace de unidad después de tabulados los resultados, ya que el software utilizado actualmente (SPSS) no se encuentra licenciado en la Institución.

**2.5.10** Llama la atención que la Gerencia y la Dirección Jurídica no entregaron entre el 9 y el 18 de diciembre de 2013 la herramienta completada por los colaboradores de sus áreas y la respectiva lista de asistencia, conforme a lo solicitado en los oficios N° DPI-011-13, DPI-251-13, DPI-241-13 de fechas entre el 5 y 6 de diciembre 2013. Dichas áreas entregaron la herramienta completada y la lista de asistencia hasta el 06/01/2014 y el 30/01/2014 respectivamente. No se evidenció justificación por escrito de tal atraso por parte de esas áreas tanto en el expediente físico de la ASCII 2012 que mantiene la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno como en el expediente físico de esos procesos de trabajo.

Las situaciones anteriores se han presentado debido a una débil atención, cuidado y supervisión oportuna por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, ya que como bien su nombre lo dice coordina la planeación, la ejecución, los resultados y el seguimiento al plan de mejoras que resulte de dicho proceso; situaciones que afectan el cumplimiento satisfactorio de la normativa interna autorizada y oficializada por la Junta Directiva y la Gerencia General, entre estas, lo que establece la Metodología actual de la ASCII en los incisos k, l, p del Apartado 4.1.2, inciso a y d del apartado 4.1.4.3, inciso d. del apartado 4.2.2, inciso a, c del apartado 4.2.4, inciso b del apartado 4.2.3, inciso c, del h al v del apartado 4.2.5.1, apartado 4.2.5.2 y lo que establecen las normas 4.4.1 y 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público. Además afecta el uso eficiente de los recursos que se ponen a disposición para este proceso; la documentación que resulta no se presenta de forma completa, el proceso de la ASCII no se lleva a cabo en los tiempos definidos para su cumplimiento y por ende afecta el sistema de control interno de la Institución.

Evento subsecuente:

El día 21/10/2014, en la presentación preliminar de condiciones, el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que para mejorar las situaciones que presentaron debilidades se va a crear una bitácora de cierre en cada etapa del proceso, una lista de chequeo al inicio de cada etapa y hacer oficios cuando sea necesario para que las áreas cumplan lo que está pendiente.

## **2.6 NECESIDAD DE FORTALECER LAS GESTIONES ARCHIVÍSTICAS EN EL EXPEDIENTE FÍSICO DE LA ASCII**

**2.6.1** Los documentos físicos de las encuestas originales aplicadas a nivel institucional de la ASCII que evaluó el periodo 2011 no se encuentran en un archivador físico -ampo- con la rotulación y foliado respectivo, sino que se encuentran en folders dentro de una caja que se ubica debajo del escritorio del Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional.

**2.6.2** En el expediente físico de la ASCII 2012 que mantiene la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, se observó lo siguiente:

- a) La documentación no se encuentra foliada.
- b) El expediente no cuenta con índice de contenidos.
- c) Se usa papel reciclado y no se invalida la información que no corresponde.
- d) La documentación no se encuentra ordenada por tipo de documento (oficios, circulares, actas, entre otros).
- e) No están todos los resultados tabulados, acta de divulgación\* de resultados, el informe de resultados y planes de mejora de los 13 procesos de trabajo de ese momento, ver el detalle en el Anexo N° 1.
- f) En el expediente no se evidenciaron las listas de chequeo que tenía que hacer la Unidad Coordinadora para cada etapa -planeación, ejecución-informe-seguimiento-. Dichas listas fueron facilitadas por correo electrónico, sin embargo no fueron completadas en su momento.
- g) Se presentó documentación duplicada. \*\*

\*Respecto a las actas de divulgación de resultados que se evidenciaron corresponden al documento original y no a la copia de dicho documento. Además estos documentos no cuentan con el sello de la unidad; situaciones que son contrarias a lo que establece el apartado 4.3.2 (inciso j, k y l) de la Metodología actual.

\*\*Evento Subsecuente:

En el caso de la documentación duplicada, el expediente físico se devolvió el 04/08/2014, al Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional para que ordenara la información y completara la información que no se adjuntó en su momento y se devolvió a la Auditoría Interna nuevamente el día 05/08/2014 para continuar con la revisión. La información devuelta no contenía información duplicada.

**2.6.3** Los expedientes físicos de la ASCII 2012 que corresponden a los procesos de trabajo, presentaron las siguientes debilidades:

- a) Algunos procesos de trabajo no confeccionaron el expediente.
- b) Para los expedientes físicos que si se encontraron en algunos procesos de trabajo, la documentación que contienen se encuentra incompleta respecto a lo que establece la normativa interna, como es el informe de resultados, la tabulación de resultados, el plan de mejoras, los seguimientos al plan de mejoras resultantes, entre otros.
- c) La documentación no está ordenada.
- d) En el expediente se mantiene información que no está relacionada con la ASCII.
- e) Se incluye información de autoevaluaciones de control interno de otros períodos sin la debida separación.

El detalle de las situaciones mencionadas anteriormente se muestra en el Anexo N° 2.

Las situaciones anteriores se han presentado por falta de cuidado y supervisión oportuna por parte del Coordinador del Sistema de Control Interno, lo que provoca que la información contenida en los archivos físicos actuales no se encuentre completa. Tampoco permiten la ubicación pronta y rápida de documentos de la ASCII, por consiguiente la información presentada no cumple las características de útil, suficiente y oportuna. Además debilita el cumplimiento de lo que establecen los artículos números 12, 15, 20, 21, 22, 26 del documento: Lineamientos para la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional y lo que establecen los apartados números 2.2.2, 2.3.2, 4.2.5.2, 4.2.6, 4.3.2, 4.4.3 y 7.1 de la Metodología para la aplicación del proceso de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional.

## **2.7 FORTALECIMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LAS REUNIONES DE LA CEUCI**

**2.7.1** Las actas que documentan las sesiones celebradas por la CEUCI relacionadas con el desarrollo de la ASCII 2012, no cuentan con las firmas respectivas del Coordinador y el Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, situación que se evidenció en las siguientes actas:

- Acta N° 7 del 10/09/2013 (sesión N° 007-02-2013).
- Acta N° 8 del 01/10/2013 (sesión N° 008 -02-2013).
- Acta N° 9 del 08/10/2013 (sesión N° 00 -02-2013).

**2.7.2** Las ausencias de algunos enlaces que no asistieron a las reuniones de la CEUCI no fueron justificadas previamente a la realización de las reuniones convocadas por la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno, sino que esta Unidad después de realizarse las reuniones algunas veces solicitó las justificaciones del caso, por ejemplo:

- a) Ausencia del enlace de la DAF y de la UGI en la sesión N° 007-02-2013 del 10/09/2013, y la solicitud de justificación de ausencia realizada por la Unidad Coordinadora mediante los oficios N° DPI-OF-167-2013 y DPI-OF-166-2013 de fecha 12/09/2013.
  
- b) Ausencia del Coordinador de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional y de los enlaces de INDEP y de la Dirección Jurídica en la sesión N° 008-02-2013 del 01/10/2013; sesión de la cual se evidencia que la Unidad Coordinadora solicitó a la dependencia de INDEP la justificación de ausencia mediante el oficio N° DPI-OF-184-2013 del 03/10/2013. En esta reunión llama la atención que la Unidad Coordinadora no justificó la ausencia de su Coordinador y tampoco se evidenció por escrito que se haya solicitado justificación de la ausencia del enlace de la Dirección Jurídica.

Respecto a esta reunión del 01/10/2013, se evidenció que la Unidad Coordinadora solicitó la justificación de ausencia del enlace de la Auditoría Interna en la reunión de ese día mediante el oficio N° DPI-OF-183-2013 del 03/10/2013. No obstante, se observó que en el acta documental de ese día, en el espacio de "Integrantes presentes" se detalla el nombre de Warner Barrantes, haciendo constar que estuvo presente el enlace de la Auditoría Interna en dicha reunión.

**2.7.3** No se confeccionaron las actas por escrito de las reuniones de la CEUCI de los días 19-21-26-27 de noviembre 2013 por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, a pesar de que en el Libro de Actas de la CEUCI -folios del 16 al 18- se evidencia control de asistencia con el nombre completo y firma de los enlaces de unidad que estuvieron presentes en esos días.

Las situaciones anteriores se han presentado por falta de cuidado y supervisión oportuna por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, lo que provoca que la documentación no se presente de forma consistente y completa, además dicha información no es suficiente y competente para efectos del usuario que la necesite y por consiguiente debilita las sanas prácticas de control interno institucional.

Evento subsecuente:

El día 21/10/2014, en la presentación de condiciones preliminares, el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que en la actual ASCII que está evaluando el periodo 2013, ya no se está utilizando el Libro de Actas de la CEUCI, sino que se elaboran documentos para la asistencia así como las respectivas actas para hacer constar lo que se vio en cada reunión realizada.

## **2.8 NECESIDAD DE DOCUMENTAR LAS GESTIONES DEL CONSEJO TÉCNICO**

**2.8.1** No se evidencia en la normativa interna actual, aprobada y oficializada para el proceso de la ASCII, una definición clara y detallada de la figura del Consejo Técnico, su conformación, cómo actúa y cómo se documentan las actas de las reuniones que se celebran en temas de la ASCII.

**2.8.2** De acuerdo a las minutas documentadas de los días 03/12/2013 y del 11/03/2014 que corresponden a reuniones del Consejo Técnico, se determinó que:

- a) No se evidencia la firma del Coordinador de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional en la minuta del 03/12/2013.
- b) No se logró corroborar la asistencia de sus miembros a pesar que se describe el nombre de algunos de ellos en las minutas de los días 03/12/2013 y 11/03/2014.

**2.8.3** Se observó que las reuniones del Consejo Técnico se documentan mediante minutas y no en actas, contraviniendo lo que establece la normativa. Ejemplos: minuta del 03/12/2013 y del 11/03/2014.

Las situaciones anteriores se han presentado por falta de cuidado y de supervisión por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional al momento de definir la normativa interna vigente, lo que provoca que no se tenga claridad cuál es el alcance y participación del Consejo Técnico en el proceso de la ASCII, lo que conlleva a que la participación del Consejo Técnico no se documente correctamente.

### **Evento subsecuente:**

El día 24/10/2014, el enlace de la Unidad de Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional facilitó copia del oficio N° GG-873-174 del 28/10/2014, en el cual la Gerente solicitó la conformación de una comisión ad-hoc integrada por 3 personas que involucre a la Dirección de Planificación, la Subgerencia y la Dirección Administrativa, para que formulen y presenten a la Gerencia un documento de propuesta para la creación y funcionamiento del Consejo Técnico Institucional, el cual debe ser remitido en 20 días a la Gerencia y una vez recibido a satisfacción se emitirá la directriz correspondiente.

## **2.9 NECESIDAD DE FORTALECER LA COMUNICACIÓN ESCRITA Y EMPLEO DE FORMATOS DE DOCUMENTOS EN EL PROCESO DE LA ASCII**

**2.9.1** El Coordinador del Sistema de Control Interno remitió a la Gerencia el oficio N° DPI-OF-163-2013 de fecha 10/09/2013 en la cual se da a conocer el plan de

trabajo para realizar la ASCII del periodo 2012. Sin embargo, no se adjuntó la copia del acta de la CEUCI, la cual es un requisito que establece el inciso b del apartado 4.1.2 de la Metodología de la ASCII.

**2.9.2** No se evidenció recibido por parte de los funcionarios a quienes se les remitió la circular N° GG-029-13 del 06/12/2013, documento que fue remitido por el Gerente a.i. -Actual Director de Planificación- y que corresponde a la aprobación de la herramienta a aplicar en la ASCII 2012. Este documento fue verificado en los archivos documentales que mantiene la Gerencia pero tampoco cuenta con los recibidos respectivos.

**2.9.3** No se evidenció comunicado de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional hacia los enlaces de unidad, de los formatos de los siguientes documentos que forman parte imprescindible del proceso de la ASCII:

- Informe de resultados que deben elaborar los procesos de trabajo.
- Plan de mejora.
- Seguimiento al plan de mejora.

**2.9.4** Al cuerpo del documento: "Capacitación sobre la tabulación de datos de la encuesta ASCII", se le encontraron las siguientes debilidades:

- a) El documento no detalla que la actividad de capacitación la efectuó la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional.
- b) No se indica cuales temas abarcó dicha capacitación, por lo que de alguna manera no se garantiza que se hayan analizado los incisos d., e., f., g. y v. del apartado 4.2.5.1 "Instalación y capacitación para el sistema estadístico automatizado" de la Metodología de la aplicación de la ASCII.
- c) No se justifica por escrito el motivo de ausencia de firma de 8<sup>4</sup> enlaces de unidades. En este aspecto en consulta verbal el 12/08/2014, el Enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional indicó que algunos de los casos en que no se firmó por parte de los enlaces, fue porque ella misma digitó las encuestas que corresponden a unidades unipersonales. Sin embargo esta actividad de digitar los resultados de las encuestas de esas unidades unipersonales o unidades con poco personal como la Gerencia y la Unidad de Informática por parte del Enlace de Unidad de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Institucional no se encuentra estipulado en la normativa interna de la ASCII.

---

<sup>4</sup> Los 8 enlaces corresponden a los procesos de trabajo de: Junta Directiva, Dirección de Planificación, Dirección Jurídica, Archivo Central, Contraloría de Servicios, Gerencia, DRAT y Unidad de Informática.



**2.9.5** El documento que se utilizó en cada proceso de trabajo para evidenciar la asistencia de los funcionarios en la aplicación de la herramienta de la ASCII que evaluó el periodo 2012, presenta las siguientes debilidades:

- a) El encabezado del documento no indica qué actividad del proceso de la ASCII se está realizando.
- b) Algunos de los cuadros que se incluyen al final del documento, se completaron con lápiz y en otras ocasiones no se completan todos los espacios requeridos.
- c) La falta de firma de algunos funcionarios que no completaron la encuesta no queda justificada por escrito, como es el caso de la Gerencia, en que no se justifica la falta de firma de Alejandra Carrillo Campos y en la Dirección Jurídica, la falta de firma de Sandra Ulate Matamoros y Jeffrey Salazar Vargas.
- d) 2 funcionarios aplicaron la herramienta de la ASCII cuando dichos funcionarios no laboraron en el período 2012. Los casos corresponden a Silvia Bejarano Tortós y Mario Alberto Jiménez Hernández.
- e) Al documento no se le coloca N° de página, ejemplo: 1 de 2, 2 de 3.

Las situaciones anteriores se han presentado por falta de cuidado al momento de redactar instrucciones o solicitar información por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, además por debilidades en el proceso de verificación de la información que se documenta, otras situaciones se dieron por inobservancia a la hora de elaborar los formatos y utilizarlos en el proceso de la ASCII, lo que da como resultado un debilitamiento en la comunicación ágil y oportuna, la calidad de la información, conllevando a crear confusiones, interpretaciones incorrecta o ambigüedades por parte de los involucrados en el proceso de la ASCII.

## **2.10 NECESIDAD DE MEJORAR EL DOCUMENTO ACTUAL DE LA METODOLOGÍA DE LA ASCII**

A lo largo de la revisión efectuada por esta Auditoría Interna, se observaron inconsistencias, debilidades, incumplimientos y omisiones de acuerdo a lo que establece el documento de la Metodología para la aplicación de la ASCII, a pesar que dicha normativa apenas tiene un poco más de un año de haber sido elaborada por la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional y aprobada por la Gerencia mediante el oficio N° GG-OF-687-2013 del 21/08/2013. A continuación el detalle de las situaciones observadas:

- a) No se evidencia un glosario que defina la terminología que se utiliza en el cuerpo del documento de la metodología.

- 
- b)** No existen actividades relacionadas de cómo se debe realizar y cómo se debe documentar el proceso de nombramiento de enlaces de unidad y el proceso de inducción.
- c)** Algunas actividades de un mismo tema se presentan en diferentes apartados de la metodología. Ejemplo: la propuesta de herramienta en los apartados 1.2.5 y 4.1.4.2 y la elaboración de expediente en el proceso de trabajo en los apartados 2.2.2 y 2.3.2.
- d)** Algunas actividades que se detallan van en contra una de la otra, ejemplo: la obligatoriedad de aplicar la herramienta y por otro lado la justificación por no asistir a aplicar la herramienta, la asistencia obligatoria a reuniones de CEUCI y la justificación formal de ausencia, estas situaciones según lo establecido en los apartados 4.2.1 (inciso b y d), 2.3.2 (inciso b) de la Metodología y el artículo 10 de los Lineamientos.
- e)** Inconsistencia en cuanto a si la Unidad Coordinadora debe mantener el documento original o la copia de la herramienta completada por los funcionarios de los procesos de trabajo, según lo que establece el artículo 15 de los Lineamientos y el inciso a del apartado N° 4.2.4 de la Metodología.
- f)** Inconsistencia al utilizar algunos términos, ejemplo: uso del término de jefatura y titular subordinado en una misma actividad o no hacer referencias correctamente, ejemplo: segunda fase en vez de tercera fase, según los apartados 2.3.2 (inciso g) y el 4.3.4 (inciso a) de la Metodología.
- g)** Para la revisión de la normativa interna de la ASCII según los apartados 4.1.3.1, 4.1.3.2 y 4.1.3.3 de la Metodología se observa una mezcla de actividades relacionadas con el tema de seguimiento de recomendaciones.
- h)** No se define cuáles son los elementos mínimos que deben tener las actas documentales que respaldan las reuniones de la Subcomisión. Esta subcomisión es la que se conforma para elaborar la propuesta de la herramienta de la ASCII.
- i)** En la metodología se repite información que ya fue indicada en los Lineamientos para la aplicación de la ASCII, según el apartado 1.2.5 de la Metodología y el apartado 5 "Guías de la Autoevaluación del Control Interno" de los Lineamientos.
- j)** No hay claridad con respecto al uso de gráficos, cuándo y dónde se deben utilizar y presentar, según el inciso m del apartado N° 4.2.5.2 de la Metodología.

- k)** No queda normado que sucede con las personas que no completan la herramienta de la ASCII (las que están ausentes, o colaboradores que se encuentran por tiempo definido). En este sentido tampoco se evidencian actividades que permitan identificar cuales colaboradores de acuerdo a su tiempo laboral pueden o no aplicar la herramienta para estos efectos, a pesar de que en la actualidad se encuentren laborando en la Institución.

Evento Subsecuente:

Se le comunicó a la Unidad Coordinadora, con el oficio N° AI-258-14 del 30/09/2014 el asunto: “Advertencia relacionada con la omisión de criterios para la selección de participantes en la aplicación de la herramienta aprobada en el proceso de autoevaluación del sistema de control interno institucional (ASCII)”, a fin de prevenir que en el proceso ASCII que se está aplicando durante el 2014, se considere solo a funcionarios que laboraron durante el período sujeto a evaluación.

- l)** No se norman aspectos relacionados con mantener la confidencialidad de las respuestas obtenidas en la herramienta aplicada, ya que en el expediente físico que mantiene la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional se observó que algunas encuestas originales completadas tienen escrito el nombre de algunos funcionarios.
- m)** No se especifica cómo se debe verificar el cumplimiento de las 4 etapas de la metodología, con respecto a los mecanismos de verificación que se establecen en los apartados 4.1.5, 4.2.7, 4.3.4 y 4.4.5 de la misma.
- n)** El documento de la Metodología en general presenta las siguientes debilidades:
- Algunas actividades incluyen otras actividades de otras etapas posteriores por lo que el orden cronológico no es consistente.
  - En otros casos el orden en una misma actividad no es lógico y confunde al lector.
  - En otras actividades hay repetición de acciones.
  - En otras actividades no queda claro cuál es el responsable de ejecutar la acción correspondiente.
  - En otras actividades no es claro cuál es la acción que se debe ejecutar.
  - En otras el tema de los apartados no va en función del detalle de las actividades.
  - También se observó que los apartados no incluyen todas las actividades necesarias para completar dicho apartado.

El motivo por el cual se presentaron las anteriores situaciones corresponden a que en su momento la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional no las consideró como parte de la normativa interna actual, en otros

casos no se tuvo el cuidado de analizar de manera integral y detallada las actividades que conforman el proceso de la ASCII, lo que provoca a los involucrados no realizar el proceso de ASCII con todos los elementos de control interno necesarios, ocasionando lentitud en el proceso, en otros casos no permite realizar las actividades de forma eficiente y eficaz y en otros no se realizan por que no se encuentran reguladas dentro de la normativa interna, debilitando así el sistema de control interno institucional.

Evento subsecuente:

El día 21/10/2014, en la presentación preliminar de condiciones, el enlace de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno indicó que hay que revisar y modificar la metodología actual.

**2.11 SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES DE INFORMES DE AUDITORIA ANTERIORES**

A la fecha se encuentran 4 recomendaciones que no están cumplidas que corresponden a los informes N° 01-2012 y N° 02-2012. A continuación el detalle:

***Cuadro N° 3  
Detalle de cumplimiento de las recomendaciones  
de los informes N° 01-2012 y N° 02-2012***

Informe N°	Grado de avance				Total de Recomendaciones
	0%	50%	75%	100%	
01-2012.	0	1	2	14	17
02-2012.	0	0	1	11	12

El detalle de las 4 recomendaciones que no están cumplidas se presenta en el Anexo N° 3.

La atención no oportuna de las recomendaciones debilita la puesta en práctica del proceso de la ASCII y el control interno institucional.

**3 CONCLUSIÓN**

Con respecto a la evaluación efectuada por esta Auditoría Interna se concluye que la aplicación de la normativa interna actual –estrategia-lineamientos-metodología-oficializada entre junio y agosto 2013, no se cumplió de forma satisfactoria en tiempo y el fondo de lo establecido, ya que en todas las etapas del proceso de la ASCII -planeación, ejecución, informe y seguimiento- se presentaron debilidades e inconsistencias, aunado a que tampoco se evidenciaron las respectivas

justificaciones por escrito por apartarse de la normativa interna vigente, a continuación se resaltan algunas de ellas:

- a) No cumplir el proceso de autoevaluación en los primeros 6 meses del año.
- b) Los planes de mejora resultantes de la ASCII en la cual se evaluó el período 2012 no fueron incluidos en el Plan anual operativo institucional y/o en el plan anual operativo por áreas del período 2014 y el período 2015.
- c) No fueron observadas gestiones documentales en forma trimestral en que la Unidad Coordinadora y los procesos de trabajo realizaran el seguimiento oportuno a los planes de mejora resultantes de la ASCII del 2012.
- d) No se comunicó oportunamente el informe ejecutivo de la ASCII 2011 y 2012 a la Junta Directiva.
- e) El informe ejecutivo de la ASCII 2012 presenta información incompleta y no detalla aspectos relevantes como el detalle de cuantas personas aplicaron la encuesta, cual fue el resultado de la tabulación de las encuestas de la Junta Directiva, entre otros.
- f) Los expedientes físicos tanto de la Unidad Coordinadora como de los procesos de trabajo no se encuentran completos, no presentan toda la información que deben mantener y en algunos casos el expediente no fue confeccionado, entre otras situaciones a mencionar.

El proceso en general de la ASCII presenta niveles de eficiencia y eficacia insatisfactorios, que en gran medida se derivan de una débil supervisión o ausencia de mecanismos de supervisión por parte de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional para que todos los involucrados en el desarrollo de este proceso -Comisión de Enlaces, Consejo Técnico, Junta Directiva y funcionarios del SENARA en general- realicen las actividades que les corresponden en forma completa y oportuna, hecho que evidentemente expone a la institución a riesgos de operatividad, liderazgo, límites de autoridad, comunicación, diseño y eficiencia que se encuentran definidos en la Estructura de Riesgos por fuentes del SENARA así como otros riesgos identificados de cumplimiento, de operación, de información, de oportunidad, de relevancia y de documentación.

Aún y cuando la Administración Activa ha avanzado en la formalización de la normativa interna que rige el proceso de autoevaluación del sistema de control interno, se requiere mejorar y pulir los aspectos para subsanar debilidades e inconsistencias observados y así garantizar un cumplimiento satisfactorio de los cinco componentes funcionales del control interno, a saber: ambiente de control, valoración de riesgos, actividades de control, sistemas de información y seguimiento del sistema de control interno.

## 4 RECOMENDACIONES

Con el fin de fortalecer y mejorar el proceso de autoevaluación del sistema de control interno institucional aplicado hasta el momento conforme a la normativa interna vigente, se presentan las siguientes recomendaciones las cuales están sujetas a los siguientes plazos de ley:

1. Plazo improrrogable de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe para ordenar lo que corresponde su personal o para exponer por escrito a la Junta Directiva las razones de objeción a las recomendaciones, proponiendo soluciones alternas. Deberá remitir copia a la Auditoría. (Artículo 36 de la Ley General de Control Interno).
2. La Junta Directiva debe resolver en el plazo de 20 días hábiles contados a partir de la fecha en que recibe la documentación por parte del subordinado. Dentro de los 10 primeros días de este plazo el Auditor Interno puede pronunciarse ante la Junta Directiva sobre objeciones o soluciones propuestas. La Junta Directiva debe resolver si ordena la implementación de las recomendaciones de la Auditoría, las soluciones propuestas u otras de su iniciativa y comunicar por escrito lo resuelto al titular subordinado y a la auditoría. (Artículo 36 de la Ley General de Control Interno).
3. Si la Auditoría esté inconforme, esta última cuenta con 15 días hábiles después de la firmeza de la resolución para exponerle a la Junta Directiva de forma escrita los motivos de inconformidad y para indicarle que dentro de los ocho días hábiles siguientes remitirá el conflicto ante la Contraloría General de la República si no se atienden las razones de inconformidad.
4. La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, en un plazo de 30 días hábiles una vez completado el expediente respectivo. (Artículo 38 de la Ley General de Control Interno).

### A LA GERENTE

**4.1** Supervisar y garantizar que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional se ajuste a los tiempos establecidos de entrega del informe ejecutivo y plan de mejoras resultante de cada ASCII ante la Junta Directiva. Caso contrario establecer las medidas correctivas para subsanar la situación actual y que tal situación no se presente nuevamente en el futuro.

Documentación de acreditación: Para el 30/01/2015, comunicar a la Auditoría Interna, cuáles son los mecanismos que se van a utilizar para garantizar la entrega oportuna a Junta Directiva del informe ejecutivo relacionado con los resultados del proceso de autoevaluación y su plan de mejoras y el detalle de las acciones a

tomar en caso de que no se de una presentación oportuna. (Ver puntos 2.1, 2.2, 2.3.1, 2.3.2 y 2.3.3.2)

**4.2** Girar instrucciones para que todo acuerdo emitido por parte de la Junta Directiva relacionado con el tema de autoevaluación de control interno y en el cual se solicite su comunicación a nivel institucional, se realice de manera inmediata, con el fin de cumplir oportunamente con el mandato del máximo jerarca.

Documentación de acreditación: Remitir a la Auditoría Interna a más tardar el 30/01/2015, copia de oficio donde se emite la instrucción correspondiente. Asimismo presentar al 15/04/2015, documentos que evidencien los comunicados a nivel institucional relacionados con el proceso de autoevaluación de control interno que así haya solicitado la Junta Directiva, con evidencia de recibido por parte de los destinatarios. (Ver puntos 2.1 y 2.3.3.5)

## **AL COORDINADOR DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

**4.3** Analizar el plazo regulado para realizar el proceso de autoevaluación del sistema de control interno institucional (ASCII) que se encuentra normado en el documento: "Estrategia para la aplicación de la ASCII" y el plazo definido en el acuerdo de Junta Directiva N° 4473 relacionado con la entrega de los resultados obtenidos y el plan de mejoras a la Junta Directiva; presentando ante dicha instancia, una propuesta para que la realización de las autoevaluaciones de control interno institucional, la entrega de los resultados obtenidos y el plan de mejoras resultante no coincidan en el mismo plazo, considerando como mínimo los siguientes aspectos:

- a) Que la ASCII se realice a más tardar a los seis meses siguientes de finalizado el periodo de enero a diciembre que se requiere evaluar.
- b) Que el plan de mejoras resultante se incluya en los planes operativos internos (denominados POI's internos) y/o en el plan operativo institucional que se encuentra vigente en la Institución.
- c) Mínimo 2 veces al año se presente a la Junta Directiva el estatus de todos los planes de mejora de los años anteriores que tienen metas parcialmente cumplidas o pendientes de cumplir.

(Ver puntos 2.1, 2.2, 2.3.2 y 2.4.7)

Lo anterior, con el propósito de cumplir puntualmente la normativa interna y directrices creadas, aprobadas, oficializadas y comunicadas en la Institución, evitando que se desvirtúe su puesta en práctica por parte de los funcionarios responsables.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/01/2015 copia de la gestión realizada ante la Junta Directiva y remitir en su momento copia

del acuerdo de Junta Directiva relacionado con la decisión tomada respecto al plazo para aplicar el proceso de las futuras ASCII y el plazo para presentar a Junta Directiva los resultados del proceso ASCII y su correspondiente plan de mejoras.

**4.4** Ajustar su actuar y proceder en cuanto a cumplir con las fechas determinadas para presentar el informe ejecutivo y plan de mejoras resultante de cada ASCII conforme lo establece la normativa interna y los acuerdos emitidos por la Junta Directiva con respecto al tema de ASCII. (Ver puntos 2.1, 2.2, 2.3.2 y 2.3.3.2)

Lo anterior, con el fin de que cada ASCII se realice de manera consistente y uniforme con respecto a la normativa interna y las directrices emitidas por el máximo jerarca de la Institución.

Documentación de acreditación: Remitir a la Auditoría a más tardar 30/04/2015, copia de la gestión realizada ante la Junta Directiva y remitir en su momento copia del acuerdo en el que conste el conocimiento y la aprobación de Junta Directiva de los resultados obtenidos de la ASCII 2013, junto con el plan de mejoras resultante.

**4.5** Supervisar que todos los procesos de trabajo entreguen a la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional en los tiempos establecidos, el informe con los resultados y el plan de mejoras resultante del proceso de la ASCII 2013, con el fin de que dicho proceso se realice de manera eficiente, eficaz y en cumplimiento a la normativa interna vigente. (Ver puntos 2.1 y 2.3.3.1)

Documentación de acreditación: Remitir a la Auditoría Interna a más tardar el 27/02/2015, copia del informe y plan de mejoras resultante de la ASCII 2013 de cada uno de los procesos de trabajo que recibió la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional.

**4.6** En conjunto con el Consejo Técnico definir cuáles son los aspectos que debe incluir el informe ejecutivo de la ASCII que se presenta ante la Junta Directiva e incorporar en el cuerpo de la normativa interna del proceso de ASCII dichos aspectos, considerando como mínimo:

- a) Cantidad de población a la que se le aplicó la herramienta (funcionarios-jefaturas-miembros de Junta Directiva).
- b) Cantidad de población que no aplicó la herramienta y las justificaciones del caso (funcionarios-jefaturas-miembros de Junta Directiva).
- c) Valorar el uso de gráficos de los resultados obtenidos (el sistema estadístico utilizado genera información para construirlos).
- d) Indicar cómo se obtienen los resultados.
- e) Conclusiones.

(Ver puntos 2.1 y 2.3.3.3)



Lo anterior con el fin de que la información sea presentada de manera suficiente, confiable, oportuna, aprovechar la aplicación tecnológica que se tiene para tabular los resultados de la ASCII, y así facilitar el análisis y toma de decisiones por parte de los miembros de Junta Directiva.

Documentación de Acreditación: Remitir a la Auditoría Interna al 06/04/2015, copia del acta en que se evidencia el acuerdo aprobado por el Consejo Técnico respecto a los aspectos que se deben presentar en el informe ejecutivo para la Junta Directiva y para el 30/04/2015, la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional.

**4.7** Garantizar cada vez que se inicie la elaboración del Informe Ejecutivo de la ASCII para la Junta Directiva, se consideren al menos los siguientes aspectos:

- a) Utilizar un mecanismo de control documental que permita verificar que los resultados obtenidos corresponden a todos los funcionarios que completaron la herramienta aprobada.
- b) Obtener el visto bueno por parte del Consejo Técnico previo a comunicar y presentar el informe ejecutivo ante la Junta Directiva, haciendo constar dicho visto bueno en documento por escrito (acta).

(Ver puntos 2.1 y 2.3.3.3)

Lo anterior con el propósito de cumplir con los requisitos de la calidad de la información, en cuanto a ser confiable, oportuna y útil, según la norma N° 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 27/02/2015, detalle del mecanismo de control creado para esos efectos y evidencia de su puesta en práctica en la ASCII que evaluó el período 2013.

**4.8** Garantizar que los procesos de trabajo de la Gerencia, el Archivo Central, la Contraloría de Servicios, la Unidad de Gestión Informática y la Junta Directiva comuniquen a lo interno de sus unidades los resultados obtenidos y el plan de mejoras respectivo de cada una de sus áreas, evitando utilizar el informe ejecutivo y el plan de mejoras institucional que se presenta a la Junta Directiva para esos efectos, con el propósito de que todos los procesos de trabajo generen sus propios resultados y plan de mejoras.

(Ver puntos 2.1 y 2.3.3.4)

Documentación de acreditación: Suministrar en calidad de préstamo a la Auditoría Interna al 27/02/2015, los resultados obtenidos de forma individual para cada uno de los 5 procesos de trabajo en la ASCII que evaluó el período 2013.

**4.9** Coordinar a lo interno de la Dirección de Planificación y con los procesos de trabajo para que en los planes operativos internos (POI's internos) y/o en el plan operativo institucional se incluyan los planes de mejora resultantes de las autoevaluaciones de control interno una vez que los procesos de trabajo los confeccionen. Además se debe comunicar tanto al titular subordinado como al enlace de unidad que los planes fueron incorporados en los planes operativos respectivos y/o en el plan operativo institucional, con el propósito de que se implementen las metas del plan de mejoras de manera oportuna en el período que cubre el plan operativo que se está ejecutando a la fecha.

(Ver puntos 2.1 y 2.4.1)

Documentación de acreditación: Suministrar en calidad de préstamo a la Auditoría Interna al 15/04/2015, los planes operativos internos del 2015, donde se evidencie la inclusión de todos los planes de mejora resultantes de la ASCII que evaluó el período 2013, con la respectiva comunicación de dicha inclusión a los procesos de trabajo.

**4.10** Incorporar dentro de los planes operativos internos del 2015 las acciones de los planes de mejora resultantes de la ASCII desde el año 2007 hasta el año 2012 que no se han cumplido a la fecha, por lo que debe realizar un recuento con apoyo de los procesos de trabajo documentando al menos lo siguiente:

- a) El grado de avance de las metas establecidas (%).
- b) Documentar el avance y/o cumplimiento de las metas.
- c) De las metas que no están cumplidas a la fecha establecer como plazo máximo diciembre 2015.

(Ver puntos 2.1 y 2.3.2.1 y 2.4.1)

Lo anterior para mejorar y fortalecer el control interno ejercido hasta el momento en la Institución.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 15/04/2015, los documentos que evidencien que los planes de mejora fueron analizados con cada uno de los procesos de trabajo. Adicionalmente, presentar en calidad de préstamo, los planes operativos internos del 2015 que detallan la inclusión de las acciones de mejora pendientes desde el año 2007 al 2012 y en enero 2016 presentar evidencia del cumplimiento de las acciones que se incluyeron en dichos planes.

**4.11** Analizar y verificar lo que establece el artículo 30 de los Lineamientos y el apartado 4.4.3 de la Metodología y cualquier otra información que se relacione con la inclusión de los planes de mejora resultantes de las autoevaluaciones de control interno en el plan operativo institucional y realizar los ajustes correspondientes

para que dicha normativa se ajuste a la puesta en práctica y sean consistentes entre sí. (Ver puntos 2.1 y 2.4.2)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015, la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.12** Incluir en el cuerpo de la normativa interna de la ASCII, los elementos necesarios que se requieren para elaborar el plan de mejora que resulta de las autoevaluaciones de control interno, además analizar y modificar lo que corresponda para que el formato definido para el seguimiento del plan de mejoras sea consistente en gran medida con los elementos que se van a definir en el formato del plan de mejoras. Lo anterior con el propósito de definir un formato fácil de aplicar por parte de los usuarios. (Ver puntos 2.1 y 2.4.3)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015 la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.13** Definir en el Manual de Normas y Procedimientos de planificación y formulación presupuestaria cuál es el procedimiento a seguir para incorporar los planes de mejora resultantes de cada autoevaluación de control interno dentro de los planes operativos internos y en el institucional, considerando al menos lo siguiente:

- a) Las responsabilidades que tienen tanto el proceso de trabajo como la Dirección de Planificación.
- b) Tiempo máximo para incorporar los planes de mejora.
- c) Comunicación de la inclusión a los funcionarios responsables de cada proceso de trabajo.

Además debe realizar las modificaciones necesarias y referencias de la normativa relacionada dentro de la normativa interna de la ASCII –Estrategia-Lineamientos-Metodología-, para que el proceso de inclusión de los planes de mejora resultantes de la ASCII se documenten formalmente. (Ver puntos 2.1 y 2.4.4)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015, la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.14** Establecer técnicas eficientes de trabajo en coordinación con cada proceso de trabajo, para que el seguimiento a los planes de mejora resultantes de la ASCII se realice trimestralmente conforme lo establece la normativa interna de la ASCII y a la vez se comunique a la Junta Directiva los avances de cumplimiento de esos planes de mejora en los plazos establecidos propiciando que las metas de los

planes de mejora elaborados se ejecuten oportunamente y se fortalezca la gestión institucional. (Ver puntos 2.1, 2.4.5 y 2.4.6)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna en mayo, agosto y noviembre 2015, evidencia de los seguimientos realizados a los planes de mejora resultantes de la ASCII 2013 de todos los procesos de trabajo y el seguimiento realizado a los planes de mejora de los años anteriores.

**4.15** Supervisar y garantizar que el actual proceso de ASCII 2013 y siguientes procesos de Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional se realicen conforme a lo establecido en la normativa interna vigente, aprobada y oficializada de la ASCII y se evite que se repitan las situaciones detalladas en el apartado N° 2.5 de este informe, con el fin de que dicho proceso se lleve a cabo de manera eficaz y eficiente.

Documentación de acreditación: Presentar en calidad de préstamo a la Auditoría Interna a más tardar el 06/04/2015, el expediente físico de la ASCII que evaluó el período 2013, en el cual se evidencie el cumplimiento satisfactorio de las situaciones que presentaron debilidades según el apartado N° 2.5 de este informe.

**4.16** Incorporar dentro de la normativa ASCII, la creación de una bitácora de cierre cada vez que se finalice cada una de las etapas que conforma el proceso de ASCII –actividades preparatorias, ejecución, informe y seguimiento- con el propósito de identificar cuáles actividades no se llevaron a cabo, cuáles se aplicaron parcialmente o cuáles se apartaron de la normativa establecida, indagando y documentando de forma oportuna lo correspondiente. Esta información debe contar con el visto bueno del Coordinador de la Unidad de Control Interno Institucional y mantenerse archivada en el expediente físico. (Ver puntos 2.1, 2.5 y 2.10. inciso m)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015 la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.17** Garantizar que en la computadora de los enlaces de todos los procesos de trabajo se realice lo siguiente:

- a) Se instale el software estadístico para tabular la herramienta de la ASCII.
- b) Se verifique que cada uno de los enlaces realice la tabulación de los resultados obtenidos de la aplicación de la herramienta en los procesos de trabajo a los cuales pertenecen.
- c) Se desinstale el software estadístico una vez terminado el proceso de tabulación.

(Ver puntos 2.1 y 2.5.9)

Lo anterior, con el propósito de que el proceso de autoevaluación de control interno sea consecuente con lo establecido en la normativa interna de dicho proceso.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 27/02/2015, el documento en el cual se evidencie la instalación y desinstalación del software estadístico que corresponde a la ASCII 2013.

**4.18** Realizar las modificaciones necesarias a la normativa interna de la ASCII para incorporar las actividades de desinstalación del sistema estadístico automatizado que se utiliza actualmente una vez que se finalice la etapa de tabulación en cada uno de los procesos de trabajo, lo anterior con el propósito de completar la etapa de tabulación de resultados. (Ver puntos 2.1 y 2.5.9)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015, la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.19** Supervisar que todos los procesos de trabajo entreguen en los tiempos establecidos los documentos correspondientes a las encuestas completadas y documento de la lista de asistencia a la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional, caso contrario establecer las medidas administrativas necesarias para obtener la documentación solicitada. (Ver puntos 2.1 y 2.5.10)

Lo anterior, con el fin de que el proceso de cada ASCII se realice de manera eficiente y eficaz.

Documentación de acreditación: Presentar el 27/02/2015 a la Auditoría Interna, el documento creado para esos efectos en el cual se evidencie la devolución del material (herramienta aplicada y lista de asistencia) por parte todos los procesos de trabajo.

**4.20** Verificar y supervisar que la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional cuente con un expediente físico para cada ASCII que se realiza, en el cual se documente todo el proceso de forma suficiente y oportuna considerando como mínimo los siguientes aspectos al momento de archivar la documentación:

- a) El expediente se rotule.
- b) Previo a archivar, verificar que los documentos se encuentran completos.
- c) Se archive de manera ordenada de acuerdo a las etapas y actividades detalladas en la metodología.
- d) Inutilizar el papel reciclado cuando sea utilizado (considerar que no se información confidencial y/o sensible a la Institución).
- e) Incorporar un índice de contenidos.
- f) Información ordenada por tipo de documentos.

- g)** No incluir documentos en calidad de borradores o duplicados de documentos.
- h)** Foliar la documentación que forma parte del expediente físico.
- i)** Se mantenga custodiado en un lugar seguro.
- j)** Se incluyan los documentos aprobados y que regulan el proceso de la ASCII.

(Ver puntos 2.6.1 y 2.6.2)

Lo anterior para garantizar que la documentación resultante de cada proceso de la ASCII se encuentra completa, archivada en el lapso adecuado y sea un fiel reflejo del cumplimiento de la normativa interna vigente de la ASCII –Estrategia, Lineamientos y Metodología-.

Documentación de acreditación:

- a) Suministrar en calidad de préstamo a la Auditoría Interna al 27/02/2015, el expediente físico de la Unidad Coordinadora que corresponde a la ASCII 2011 y la ASCII 2012, donde se evidencie el cumplimiento de la recomendación.
- b) Suministrar en calidad de préstamo a la Auditoría Interna al 06/04/2015, el expediente físico de la Unidad Coordinadora que corresponde a la ASCII 2013, donde se evidencie el cumplimiento de la recomendación.

**4.21** Realizar capacitación a todos los enlaces de unidad respecto a cómo se debe mantener el expediente físico de cada ASCII. Dicha capacitación debe quedar documentada y al menos considerar los siguientes aspectos:

- a)** Archivo, documentación y custodia.
- b)** Expediente físico debidamente identificado y rotulado.
- c)** Se archive la información que establece la normativa interna vigente (estrategia-lineamientos-metodología).
- d)** Ordenado de acuerdo a las etapas del proceso (planeación-ejecución-informe-seguimiento).
- e)** Archivo de documentos en original o en copia según corresponda.
- f)** Encontrarse al alcance en cualquier momento.
- g)** Inclusión de un documento de control para garantizar que toda la documentación necesaria se encuentra archivada.
- h)** Inclusión de índice y foliado.

(Ver puntos 2.1 y 2.6.3)

Lo anterior con el propósito de actualizar y fortalecer el proceso de gestión documental en cada proceso de trabajo.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna, al 27/02/2015, documento por escrito en el cual se evidencie la asistencia total de los enlaces de unidad, los temas tratados y/o acuerdos aprobados.

**4.22** Incluir dentro de la normativa interna del proceso de la ASCII, el tema de confección de actas de las reuniones de la CEUCI, considerando al menos lo siguiente:

- a) Lo que establece la Ley de Administración Pública u otra normativa vigente del Sector Público con respecto a Órganos colegiados.
- b) Mecanismos de control con respecto a la asistencia y/o ausencia de los participantes a dichas reuniones, considerando traslados o suspensión de reuniones, quórum, hora de llegada y hora de retiro de las sesiones, justificaciones oportunas, entre otros aspectos.
- c) Elaboración y aprobación oportuna de las actas.
- d) Mecanismos de control para verificar la completitud y oportunidad de la información contenida en las actas y las firmas de quienes deben firmar el acta.
- e) Archivo físico y digital de las actas elaboradas, aprobadas y comunicadas.

(Ver puntos 2.1 y 2.7)

Lo anterior con el fin de fortalecer el desarrollo de las reuniones que se celebran por concepto de ASCII y documentar adecuadamente y de forma oportuna las reuniones celebradas por la CEUCI.

Documentación de acreditación: Presentar al 30/04/2015 la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.23** Incluir, ajustar, modificar y/o hacer referencia dentro de la normativa interna que regula el proceso de la ASCII -estrategia, lineamientos y metodología-, el tema de confección de actas de las reuniones del Consejo Técnico de acuerdo a lo que establezca el procedimiento o manual de funcionamiento del Consejo Técnico que solicitó la Gerencia en el oficio N° GG-873-174 del 28/10/2014 y en caso necesario adicionar en dicha metodología actividades o mecanismos que garanticen la eficiente participación del Consejo Técnico en el proceso de la ASCII y la apropiada documentación de su participación por medio de actas. Lo anterior con el fin de fortalecer y documentar la participación del Consejo Técnico en temas de ASCII. (Ver puntos 2.1 y 2.8)

Documentación de acreditación: Presentar al 30/04/2015 la normativa interna modificada, aprobada y divulgada a nivel institucional, con evidencia de recibido.

**4.24** Garantizar que todo documento elaborado por la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional y dirigido a terceras personas, contenga al menos los siguientes atributos al momento de redactarlos y entregarlos:

- a) Que demuestre el recibido conforme de todos los colaboradores a quienes se dirigió el comunicado por escrito.
- b) En el cuerpo del comunicado se debe indicar específicamente lo que se requiere, evitando crear confusiones o interpretaciones incorrectas de lo que se solicita.
- c) Indicar cuál es el propósito que se va a satisfacer con lo solicitado, o las justificaciones del caso cuando así corresponda.

Lo anterior con el fin de que las solicitudes por escrito realizadas por la Unidad Coordinadora sean suficientemente claras, completas y fáciles de comprender y de poner en práctica. (Ver puntos 2.1, 2.9.1 y 2.9.2)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 26/02/2016 los comunicados por escrito que ha realizado la Unidad Coordinadora respecto al proceso de ASCII 2014.

**4.25** Entregar en forma oportuna a los involucrados del proceso de ASCII cuando así corresponda, los formatos de los documentos de: informe de resultados, plan de mejoras y seguimiento al plan de mejora, con el propósito de que la información suministrada por los involucrados sea aplicada de manera uniforme, oportuna y permita cumplir con la normativa interna vigente. (Ver puntos 2.1 y 2.9.3)

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 27/02/2015, el comunicado por escrito de los formatos utilizados en el proceso de la ASCII que evaluó el período 2013.

**4.26** Como responsable de establecer los formatos de instrumentos a utilizar dentro del proceso de cada ASCII, debe garantizar que los formatos de los documentos de actas de asistencia y actas de divulgación, al menos consideren los siguientes elementos:

- a) Fecha de aplicación, quien aplica el formato, instrucciones, observaciones, entre otros.
- b) Temas a tratar y/o acuerdos que se definen.
- c) Deben ser completados con bolígrafo en todos sus espacios.
- d) Realizar las justificaciones del caso, cuando sea necesario.

(Ver puntos 2.1, 2.9.4 y 2.9.5)

Lo anterior con el propósito de cumplir con los requisitos de calidad de la información, en cuanto a ser confiable, oportuna y útil, según la norma N° 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 27/02/2015, los documentos elaborados y aplicados en el proceso de la ASCII 2013 relacionados con minutas, actas de asistencia, actas de divulgación.



**4.27** Establecer mecanismos de control para que previo a recibir por parte de cada enlace de unidad los documentos que corresponden a las herramientas aplicadas y completadas, se verifique al menos lo siguiente:

- a) La cantidad de documentos recibidos debe coincidir con la misma cantidad de documentos que se les suministró en su momento, sean estas completadas o no completadas.
- b) El control de asistencia de los funcionarios que aplicaron la herramienta sea igual a la cantidad de documentos que corresponden a la herramienta completada.
- c) De los participantes que no firmaron la lista de asistencia solicitar las justificaciones por escrito al enlace de Unidad.

(Ver puntos 2.1 y 2.9.5)

Lo anterior con el propósito de mejorar el proceso aplicado hasta el momento.

Documentación de acreditación: Suministrar a la Auditoría Interna al 27/02/2015, detalle de los mecanismos de control establecidos y evidencia de su aplicación, que permitan verificar lo incluido en esta recomendación.

**4.28** Analizar el cuerpo de la metodología actual de la ASCII, ajustando como mínimo los aspectos indicados en el apartado N° 2.10 de este informe, considerando al menos lo siguiente:

- a) Mantener la consistencia entre lo que establece la Estrategia, los Lineamientos y la Metodología.
- b) La estructura de las actividades contengan un inicio, un desarrollo y un final en orden cronológico.
- c) La descripción de las actividades sea completamente clara y fácil de entender para el lector, considerando quién, qué, cómo, cuándo y dónde.
- d) Cuando corresponda, hacer referencia a otra normativa vigente sea ésta interna o del Sector Público.

En caso de no cumplir con uno o varios de los aspectos descritos en el apartado N° 2.10 de este informe, justificar por escrito con el visto bueno de la Gerencia cuáles aspectos no se tomarán en cuenta como parte de las modificaciones a la metodología actual.

(Ver puntos 2.1 y 2.10)

Lo anterior con el propósito de mejorar y fortalecer el proceso de la ASCII que se realiza anualmente y por ende apoyar el sistema de control interno institucional.

Documentación de acreditación: Presentar a la Auditoría Interna al 30/04/2015, el documento de la Metodología aprobada por la Gerencia y comunicada a nivel

institucional con evidencia de recibido, donde se observe la inclusión de las respectivas modificaciones y/o presentar documento por escrito con el visto bueno de la Gerencia, en el cual se justifica los motivos por los cuales no se incluye algún (s) aspecto del apartado 2.10 en el cuerpo del documento de la metodología.

*Dyana Calvo Busto*

Licda. Dyana Calvo Busto  
**Auditora encargada**

Aprobado por:



*Irma Delgado Umaña*

Licda. Irma Delgado Umaña  
**Auditora Interna**

# ANEXOS

**Anexo N° 1**

**Documentación archivada en el Expediente físico de la Unidad Coordinadora del Sistema de Control Interno Institucional que corresponde a los procesos de trabajo**

Proceso de Trabajo	Atributos				
	1	2	3	4	5
Dirección de Planificación	√	√	√	√	√
UAP-PROGIRH	√	x	x	√	x
Dirección Jurídica	√	x	x	√	√
Contraloría de Servicios	√	x	x	x	x
Gerencia General	√	x	x	x	x
Auditoría Interna	√	√	x	√	x
INDEP	√	√	x	√	√
DIGH	√	√	x	√	√
DRAT	√	√	x	√	√
Junta Directiva	√	x	x	x	x
Archivo Central	√	x	x	x	x
Gestión Informática	√	x	x	x	x
DAF	√	√	x	√	√

**Detalle de atributos:**

1. Guías originales aplicadas.
2. Tabulación de los resultados de encuesta aplicada.
3. Informe con los resultados obtenidos.
4. Plan de mejoras resultante.
5. Acta con la divulgación de los resultados.

√	<b>Cumple</b>
x	<b>No cumple</b>
N/A	<b>No aplica</b>

Anexo N° 2

Cumplimiento de normativa ASCII en los expedientes físicos de la ASCII 2012 que mantienen los procesos de trabajo																				
Proceso de Trabajo	Expediente revisado el	Atributos																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11.1	11.2	11.3	11.4	11.5	12	13	14
Dirección de Planificación	14/08/2014	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	v	x	x	x	x	v	x	x
UAP-PROGIRH	08/10/2014	v	x	x	x	x	x	v	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Dirección Jurídica	08/10/2014	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Contraloría de Servicios	14/10/2014	v	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Gerencia General	14/10/2014	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Auditoría Interna	21/08/2014	x	x	x	x	x	v	v	v	v	v	v	x	N/A	N/A	N/A	N/A	v	x	x
INDEP	08/10/2014	v	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
DIGH	09/10/2014	v	x	x	x	x	x	v	v	v	v	v	x	N/A	N/A	N/A	N/A	v	v	x
Junta Directiva	14/10/2014	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Archivo Central	13/08/2014	v	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
Gestión Informática	14/08/2014	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	x	x
DAF	13/08/2014	v	x	x	x	x	x	v	v	v	v	v	x	N/A	N/A	N/A	N/A	v	v	x
DRAT	21/10/2014	v	x	x	x	x	x	v	v	v	v	v	x	N/A	N/A	N/A	N/A	v	v	x

  

Detalle de atributos:	
1. Cuenta con expediente físico.	
2. Expediente etiquetado con el nombre de: Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional (ASCII), con fecha del periodo que se va a evaluar.	
3. Expediente dividido por etapas: Preparatorias, Ejecución, Informe y Seguimiento.	
4. Información archivada por cada tipo de información documental: oficios, actas, informes, circulares, entre otros.	
5. Oficio o correo electrónico archivado en el expediente en el cual el enlace de unidad comunica a su Jefatura los acuerdos tomados en la CEUCI.	
6. Se mantiene copia de todas las actas generadas de la CEUCI (7-8-9)	
7. Se mantiene copia de las guías de autoevaluación aplicadas que respaldan los resultados de la autoevaluación.	
8. Se mantiene la tabulación de los resultados obtenidos en la aplicación de la herramienta.	
9. Se mantiene documento en el cual se evidencia que las respuestas se ajusten a la realidad -análisis cuantitativo de respuestas con No y Parcial-	
10. Se mantiene minuta o acta que demuestre los acuerdos alcanzados en el proceso de trabajo con la respectiva divulgación respecto a la comunicación de los resultados obtenidos, su análisis y el plan de mejoras.	
11. Se mantiene el informe con los resultados obtenidos, el cual contenga:	
11.1 Cumplimiento de la Ley General de Control Interno, las Normas de Control Interno para el Sector Público y otra normativa aplicable al proceso con el componente a	
11.2 Fortalezas y debilidades detectadas.	
11.3 Relación causa-efecto.	
11.4 Fechas para acciones de mejora.	
11.5 Sugerencias a niveles superiores.	
12. Se mantiene el plan de mejoras resultante.	
13. Se mantiene acta en la cual se le comunica a la Unidad Coordinadora de la divulgación de los resultados en el proceso de trabajo.	
14. Minutas generadas en el proceso de seguimiento de la implantación del plan de mejoras o resultados de las acciones de seguimiento.	

  

v	Cumple
x	No cumple
N/A	No aplica

**Anexo N° 3**

**Detalle de la Recomendaciones que aún no están cerradas de los informes N° 01-2012 y N° 02-2012**

**Informe N° 01-2012**

**Recomendación 4.1, para la Junta Directiva**

Retomar lo establecido en la recomendación 4.16 del Informe AI-04-09, relacionado con fortalecer el proceso de seguimiento de acuerdos relacionados con el proceso de auto evaluación del sistema de control interno, de forma que:

a. Se establezcan mecanismos de control que garanticen a este órgano colegiado, el cumplimiento en los plazos establecidos del fondo de lo solicitado en el acuerdo respectivo sobre temas de control interno. En caso de incumplimiento en estos plazos, deberá solicitarse oportunamente la justificación formal. (Ver punto 2.2.3). Remitir a esta Auditoría en un plazo de dos meses contados a partir de la recepción oficial de este informe, copia de la documentación que respalde la gestión realizada para atender esta recomendación.

b. Para los casos en que el "Seguimiento de Acuerdos" señale como "Cumplidos", aquellos acuerdos correspondientes al tema de control interno solo por el hecho de haber sido remitidos a la Gerencia, esto no debe limitar el accionar del órgano Colegiado como responsable del seguimiento del sistema de control interno, razón por la que deberá valorar si el mecanismo que se utiliza para este seguimiento, aporta información suficiente que evidencie que efectivamente la gestión institucional, contribuye al fortalecimiento del sistema de control interno según el contenido del acuerdo. (Ver punto 2.2.3) Remitir a esta auditoría, en un plazo de dos meses contados a partir de la recepción oficial de este informe, copia de documento en el que conste la valoración realizada y de proceder, copia del acuerdo sobre las medidas tomadas al respecto.

**Estado de la recomendación: Parcialmente cumplida 50%**

**Informe N° 01-2012**

**Recomendación 4.13, para la Dirección de Planificación**

Definir qué tratamiento se le dará a la solicitud de aprobación del Lineamientos de la CEUCI, considerando que dentro del marco orientador del SEVRI aprobado mediante acuerdo N° 4156 por la Junta Directiva, específicamente en el apartado 2.3.4 "Comisión de enlace de unidad", se detallan las funciones de esta comisión, las cuales coinciden con las establecidas en la propuesta de Lineamientos. (Ver punto 2.3.2). Remitir a esta Auditoría copia del documento donde se analiza esta situación, en un plazo de dos meses contados a partir de la recepción oficial de este informe.

**Estado de la recomendación: Parcialmente cumplida 75%**

**Informe N° 01-2012**

**Recomendación 4.17, para la Dirección Administrativa Financiera**

Girar instrucciones a la Unidad de Recursos Humanos y establecer los mecanismos de seguimiento para:

a) Que se atienda la recomendación 4.1 del Informe AI-04-09, trasladada mediante oficio GE-1057-2009 del 12-11-09, relacionada con la incorporación dentro del Plan de Capacitación Institucional, de actividades de capacitación relacionadas con el sistema de control interno, conceptos generales sobre auto evaluación de control interno, normativa relacionada con control interno, herramientas para manejar la información relativa a la autoevaluación de control interno. Esta capacitación debe involucrar a todos los niveles institucionales, incluyendo Jerarca, Nivel Gerencial, Directores de áreas, Jefes de Unidad, Coordinadores y demás funcionarios. (Ver punto 2.3.3). Remitir a esta Auditoría, a más tardar el 30 de julio del 2012, copia del Plan de Capacitación Institucional donde se evidencie la inclusión de estos temas.

b) Que aplique los mecanismos de supervisión necesarios para garantizarse que la capacitación brindada se realice de acuerdo con el Reglamento de capacitaciones para los funcionarios del SENARA, específicamente con el capítulo número 3 denominado "De los candidatos a las becas y otras facilidades de adiestramiento", de manera que este tipo de beneficios cancelados con recursos públicos se manejen con el debido cuidado, y además, con el fin de que sean destinados a generar una mayor eficiencia y eficacia en la continuidad de las gestiones realizadas por los participantes que disfruten de este tipo de beneficios. (Ver punto 2.3.3). Remitir a esta Auditoría, a más tardar el 30 de abril del 2012, detalle de los mecanismos que se utilizarán para realizar esta supervisión, con indicación del responsable.

**Estado de la recomendación: Parcialmente cumplida 75%**

**Informe N° 02-2012**

**Recomendación 4.3, para Junta Directiva**

Valorar la aplicación formal en el SENARA, del "Modelo de madurez del sistema de control interno institucional" elaborado por la Contraloría General de la República, como instrumento que permita tener una mayor claridad acerca del grado de madurez de este sistema en la institución y facilite la toma de decisiones orientadas a lograr un mayor grado de desarrollo de este y por ende el cumplimiento de los objetivos institucionales en un apropiado marco de control. De adoptarse dicha aplicación, la misma deberá quedar debidamente documentada, así como su divulgación y medidas tomadas por el Jerarca y titulares subordinados en relación con lo obtenido de ésta (Ver punto 2.1). Remitir a esta Auditoría a más tardar el 16 de julio del 2012, copia del acuerdo respecto a la decisión tomada sobre este particular y evidencia documental del análisis realizado para adoptar la decisión.

**Estado de la recomendación: Parcialmente cumplida 75%**