



AUDITORIA INTERNA

Cumplimiento normativo del Sistema de Control Interno y el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional

11 de agosto del 2020



Contenido

| | | |
|------|--------------------------------------|----|
| I. | RESUMEN EJECUTIVO | 3 |
| II. | INTRODUCCIÓN | 4 |
| III. | RESULTADOS DEL ESTUDIO | 5 |
| IV. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 41 |



I. RESUMEN EJECUTIVO

Hemos realizado el presente estudio sobre el cumplimiento normativo en la Dirección General de Bomberos.

Este estudio forma parte de los trabajos a ser desarrollados durante el año 2020 según el programa de trabajo de la Auditoría Interna atendiendo lo dispuesto en el Artículo 22 de la Ley General de Control Interno N°8292 en cuanto a que compete a la Auditoría Interna realizar auditorías o estudios especiales semestralmente, en relación con los fondos públicos sujetos a su competencia institucional. El estudio se realizó de noviembre 2019 a julio 2020, para el ejercicio comprendido entre el 2014 al 2019.

El Jerarca y el Titular Subordinado son responsables de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno Institucional y seguimiento del SEVRI; y la Administración Activa es responsable de realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento, de acuerdo con lo que establece la referida Ley. Nuestra responsabilidad consiste en contribuir con el logro de los objetivos institucionales, mediante la práctica de un enfoque sistémico y profesional para evaluar y mejorar la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección en las entidades.

El presente estudio fue realizado de acuerdo con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público¹, emitidas por la Contraloría General de la República en adelante –CGR- Nuestra consideración sobre el Control Interno se basa en el examen de pruebas selectivas y no necesariamente revela todos los asuntos que podrían constituir deficiencias significativas, lo anterior debido a las limitaciones inherentes a cualquier estructura de Control Interno cuyo objetivo es suministrar una **seguridad razonable**, pero no absoluta, de que la actuación del Jerarca y la Administración se ejecuta conforme al marco legal, técnico y a las sanas prácticas.

¹ R-DC-64-2014. Aprobado mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República el 11-08-2014. Publicada en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre, 2014.



II. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica fue fundado en el año 1865, y a partir de la promulgación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros - Ley No. 8653² pasa a ser un órgano de desconcentración máxima adscrito al Instituto Nacional de Seguros – INS. En la actualidad está conformado por la Dirección General que tiene a su cargo la Dirección Operativa y la Dirección Administrativa.

Objetivo General del estudio

Evaluar la razonabilidad de la gestión y control interno, en torno a las funciones que se llevan a cabo en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica –en adelante Bomberos- en relación con el Sistema de Control Interno Institucional –en adelante SCI- y seguimiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional –en adelante SEVRI-.

Alcance y Limitaciones

Alcance:

Revisar el cumplimiento normativo relacionado con el SIC y el seguimiento del SEVRI desde su creación a la fecha.

Limitaciones:

1. Siendo que durante el proceso de este estudio se presentó los resultados de la “Evaluación de la gestión del riesgo de fraude” realizada por los Auditores Externos, comunicado al Director General el 20-04-2020 y que la Administración ya generó un plan de acción; esta Auditoría Interna no se va a referir sobre los temas considerados en dicho informe.
2. El contenido de las Actas en formato PDF no es copia fiel de las Actas en físico.

Normas de auditoría y otras

Normas Generales de Auditoría para el Sector Público³.

Normas de Control Interno para el Sector Público⁴.

² Publicada en el Alcance N° 30 A La Gaceta 152 del 7 de agosto del 2008. Artículo 53 Modificación de la Ley No. 8228 Ley del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica

³ R-DC-64-2014. Aprobado mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República el 11-08-2014. Publicada en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre, 2014.

⁴ N-2-2009-CO-DFOE. Aprobados mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República N° R-CO-9-2009 del 26 de enero, 2009. Publicado en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero, 2009.



Marco jurídico para la comunicación y trámite del informe

El presente informe se rige por lo dispuesto en los artículos 36, 37 y 38 de la Ley General de Control Interno.

| | |
|---|--|
| Las recomendaciones del presente informe deben tramitarse de conformidad con las disposiciones de los artículos 36, 37 y 38 de la Ley General de Control Interno, las cuales se transcriben literalmente para garantizar su adecuada comprensión y acatamiento. | |
| Artículo 36.-Informes dirigidos a los titulares subordinados. Cuando los informes de auditoría contengan recomendaciones dirigidas a los titulares subordinados, se procederá de la siguiente manera: A. El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados. b. Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes. c. El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda. | Artículo 37.-Informes dirigidos al jerarca. Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga; todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente. Artículo 38.-Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República. Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas. |

III. RESULTADOS DEL ESTUDIO

El Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica, dentro de su estructura ha mantenido a un Director General, el cual en atención a las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), en su Capítulo II: Normas sobre Ambiente de Control, nombran disposiciones acerca de la formación de una estructura organizativa adecuada para el cumplimiento de los objetivos del SCI por lo cual con el oficio CBCR-030638-2011-DGB-00563 del jueves 29-09-2011, instruye al Director Administrativo para “la conformación de una Comisión de Control Interno –en adelante Comisión-, la cual deberá integrarse por el Director Administrativo, el Director Operativo y la Encargada de Planificación”.

El 31-10-2011 en la Sesión del Consejo Directivo No. 43, con el acuerdo X, se aprobó “el texto propuesto por la Administración, correspondiente al “Reglamento del Funcionamiento de la Comisión de Control Interno”⁵. Dicha comisión deberá Iniciar sus labores de forma Inmediata y aplicar todos los procedimientos que a ella competen”.

Seguidamente se presentan los hallazgos obtenidos de la revisión efectuada a la Comisión.

⁵ Aprobado con el Acuerdo X en la Sesión del Consejo Directivo No.43 efectuada el 31 de octubre de 2011.



ASPECTOS GENERALES:

1. Análisis de Riesgos, Análisis del Sistema de Control Interno.

Mediante oficio CBCR-019140-2014-DGB-00410 del 24-06-2014, la Dirección General comunicó oficialmente el “Establecimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos en el Cuerpo de Bomberos”.

Mediante oficio CBCR-023061-2014-DGB-00540 del 01-08-2014 comunica oficialmente que la “Dirección General aprobó el 18 de julio de 2014, mediante oficio CBCR-021755-2014-DGB-00493 el Establecimiento del Sistema de Control Interno en el Cuerpo de Bomberos”.

El estudio desarrollado por la Auditoría Interna inició en el mes de noviembre del año 2019, por lo que, relacionado con este tema, se lograron detectar, en forma general, los siguientes riesgos en el proceso de Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI:

1. **Riesgo de proceso:** Probabilidad de errores, principalmente por no contar con procedimientos oficializados que normen el proceso a seguir en la Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI.
2. **Riesgo financiero:** Probabilidad de errores al no aplicar el proceso de Autoevaluación SCI y seguimiento SEVRI a toda la institución, únicamente a los miembros de la Comisión y al limitar el seguimiento de los riesgos solo a algunos de estos, lo que puede no estarse identificando riesgos a nivel de dependencia que podría ocasionar que se dejen expuestos activos financieros, físicos, información, arriesgándolos a pérdidas, malversación o mal uso.
3. **Riesgo de recurso humano:** Probabilidad de errores en transcripción de actas y acuerdos de la Comisión, en la identificación de riesgos y la no determinación de controles y medidas para mitigarlos, en la no aplicación de la autoevaluación a los funcionarios correspondientes. Lo que puede afectar el desarrollo y desempeño de funciones y el impacto de ellas en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
4. **Riesgo de Tecnología de Información (TI):** Probabilidad de errores en la aplicación de la autoevaluación que no considere las tecnologías de información y por consiguiente que no se identifique los riesgos tecnológicos, por lo que no se establezca controles y medidas para mitigarlos, con lo que, no permita que operen según lo planeado y compromete la integridad y confiabilidad de los datos e información.
5. **Riesgo estratégico:** Probabilidad de que al no existir procedimientos oficializados para la Autoevaluación del SCI y seguimientos del SEVRI, dichos procesos no colaboren al cumplimiento de los objetivos institucionales.



6. **Riesgo Legal:** Probabilidad de no cumplir con el artículo 17 de la Ley General de Control interno; así como la normativa vigente establecida por las leyes específicas y por las directrices establecidas por el Gobierno Central, la Contraloría General de la República - CGR - y el Benemérito Cuerpo de Bomberos.

ASPECTOS ESPECIFICOS:

2. Procedimientos oficializados:

Las Normas de Control Interno para el Sector Público⁶, establecen:

2.5.2 Autorización y aprobación: La ejecución de los procesos, operaciones y transacciones institucionales de contar con la autorización y la aprobación respectivas de parte de los funcionarios con potestad para concederlas, que sean necesarias a la luz de los riesgos inherentes, los requerimientos normativos y las disposiciones institucionales.

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben establecer las medidas pertinentes para que los actos de la gestión institucional, sus resultados y otros eventos relevantes, se registren y documenten en el lapso adecuado y conveniente, y se garanticen razonablemente la confidencialidad y el acceso a la información pública, según corresponda.

El “Instructivo para la Elaboración de Documentación en el BCBCR”⁷ -en adelante Instructivo- aprobado mediante oficio CBCR-007627-2019-DGB-00241 y comunicado por la Dirección General con el Oficio CBCR-007632-2019-DGB-00242 ambos del 22-02-2019.

Con el Oficio CBCR-019140-2014-DGB-00410 del 24-06-2014, la Dirección General comunicó oficialmente el “Establecimiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgos en el Cuerpo de Bomberos”. Así mismo, mediante oficio CBCR-023061-2014-DGB-00540 del 01-08-2014 comunica oficialmente que la “Dirección General aprobó el 18 de julio de 2014, mediante oficio CBCR-021755-2014-DGB-00493 el Establecimiento del Sistema de Control Interno en el Cuerpo de Bomberos”.

Con base en lo anterior esta Auditoría procedió a verificar la metodología que utiliza la Institución para efectuar la Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI. El 19-11-2019 se solicitó mediante correo institucional de la Comisión los acuerdos de constitución, todas las actas confeccionadas desde su inicio, los procedimientos y/o reglamentos

⁶ N-2-2009-CO-DFOE. Aprobados mediante Resolución del Despacho de la Contralora General de la República N° R-CO-9-2009 del 26 de enero, 2009. Publicado en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero, 2009.

⁷ Aprobado por la Dirección General mediante oficio CBCR-007627-2019-DGB-00241 del 22-02-2019. (Versión No.8).



aplicables. Con fecha 25-11-2019 el secretario de la Comisión entrega por medio de un dispositivo USB la información relacionada con los procesos de Autoevaluación del SCI y se tiene lo siguiente:

Se procedió a efectuar la comparación de la documentación vrs el “Instructivo” en lo relacionado con la forma y no el fondo de los mismos, se tiene que:

Cuadro No.1
Documentos suministrados a raíz de la solicitud realizada

| Código | Nombre | Fecha de Aprobación ** | Tipo de documento* |
|-----------------|---|------------------------|--------------------|
| Sin asignar | Reglamento del funcionamiento de la Comisión de Control Interno | 31/10/2011 | Reglamento |
| 1-00-00-014 | La política contra la discriminación en el BCBCR | 31/10/2011 | Política |
| 2-01-00-043 | Directrices generales sobre principios y enunciados éticos a observar por parte de los jefes, titulares subordinados y funcionarios del BCBCR | 30/11/2017 | Directriz |
| 2-01-00-001 | Disposiciones generales del plan de continuidad operativa del BCBCR | 21/11/2013 | Disposición |
| 2-01-03-061 | Disposiciones del marco orientador del SEVRI Institucional del BCBCR | 14/2/2020 | Disposición |
| 4-01-00-001 (2) | Manual de mitigación de desastres | 20/3/2014 | Manual |
| MCIB-001-2012 | Manual de Control Interno | Sin asignar | Manual |
| 4-01-00-001 (1) | Guía para la aplicación del plan de continuidad operativa del BCBCR | 21/11/2013 | Guía |
| GSEVRI-001-2013 | Guía para la aplicación del Sistema Específico de Valoración de Riesgo en el BCBCR | 28/5/2013 | Guía |

Fuente: elaboración propia.

* El tipo de documento se define por el nombre dado al documento.

** Ver Observación No. 2.6

2.1 Formato de los documentos, el “Instructivo” norma lo siguiente:

- 2.1.1 “El documento debe contener en la primera hoja el encabezado principal. Se utilizará la letra Arial 10”.
- 2.1.2 “Debajo del encabezado principal se debe colocar el nombre del documento, el cual se utilizará la letra Arial 14, en minúscula (solo inicio de palabras con mayúscula) en negrita y lineación centrada”.
- 2.1.3 “Los títulos y sub títulos, se realizarán en letra Arial 12 y en negrita”.
- 2.1.4 “En el cuerpo del documento se utilizará la letra Arial 12”
- 2.1.5 “Interlineado múltiple (espacio entre líneas del texto de 1,15)”
- 2.1.6 “Número de página: Se incluirá como pie de página con el formato (“número de página” de “total de páginas”), se utilizará Arial 10.”

A pesar que el “instructivo” norma estos aspectos, se observa que los documentos no se ajustan, tal y como se detalla en el **Cuadro No.2**.



Cuadro No.2
Formato de documentos

| Documento | Tipo y tamaño de letra | | | | Interlineado múltiple (espacio 1,15) | Número de página...pie de página x/x Arial 10 |
|--|--|--|--|---|--------------------------------------|--|
| | "encabezado principal" en la primera hoja Arial 10 | Debajo encabezado principal...Arial 14, en minúscula | Títulos y sub títulos... Arial 12 y en negrita | Cuerpo documento... Arial 12 | | |
| "1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR" | "Arial 11" | "Arial 11" y todo en mayúscula | --- | --- | "Sencillo en 1" | Falta en la primera página y está en "Arial 11" |
| "2-01-00-001 Disposiciones generales del plan de continuidad operativa del BCBCR" | Lo repite en todas las hojas Times new roma en "6 y 8". Además "Arial 9" | --- | "Arial 11" | "Arial 11" | No está definido | "Arial 9" |
| "2-01-00-043 Directrices generales sobre principios y enunciados éticos..." | --- | --- | --- | --- | No está definido | No tiene número de página |
| "2-01-03-061 Disposiciones del marco orientador del SEVRI institucional del BCBCR" | "Arial 9" | --- | --- | --- | No está definido | --- |
| "4-01-00-001(1) Guía para la aplicación del plan de continuidad operativa del BCBCR" (Ver Observación No. 2.4.4) | Lo repite en todas las hojas "Arial 8 y 9" | (&) | "Arial 14" en las páginas 3 y 4 | El índice está en "Calibri 11" | --- | No tiene número de página |
| "4-01-00-001 (2) Manual de mitigación de desastres" (Ver Observación No. 2.4.4) | --- | (&) | --- | "Arial 11" | "Múltiple en 1.13" | "Calibri 10,5" |
| "MCIB-001-2012 Manual de Control Interno" | Lo repite en todas las hojas "Arial 9" | (&) | "Arial 13.5 y 10.5" | El cuerpo está en Arial "10,5" y el índice en "Arial 9" | "Múltiple en 1.13" | Tiene número de página, no obstante se ubica en la parte superior y no en el pie de página |

(&) Tienen los "nombres del documento" debajo del encabezado principal, pero de acuerdo con el "Instructivo" en el apartado "Encabezado principal" del documento no se indica que se deba poner dichos nombres.

Al respecto ver **Recomendación No.1 inciso a)**




2.2 Contenido y formato del encabezado principal

“El encabezado en la primera hoja del documento contiene la siguiente información:

- Logo formal del Benemérito Cuerpo de Bomberos, se debe colocar a la izquierda, en el lado superior, a color.
- Código del documento, según lo descrito en el presente instructivo.
- Nombre: Se especifica el nombre del documento en relación con la actividad que regula.

El contenido y formato de dicho encabezado se muestra en el siguiente ejemplo:”

| | | | |
|---|---------------|---------------|---|
|  BENEMÉRITO CUERPO DE BOMBEROS DE COSTA RICA | | | Código: |
| | | | Versión: |
| <i>(Nombre del documento)</i> | | | Oficio de aprobación: |
| Escrito por: | Revisado por: | Aprobado por: | Fecha de aprobación: dd/mm/aaaa |

2.2.1 El documento “MCIB-001-2012 Manual de Control Interno” no menciona el oficio de aprobación. Ver **Recomendación No.1 inciso a)**.

2.2.2 El encabezado contiene unos espacios en los que se consigna el “Escrito por”, “Revisado por” y Aprobado por”, en el documento “1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR” en el apartado "Escrito por" colocan el nombre de una dependencia y no el de la persona que los escribe, en el “2-01-00-043 Directrices generales sobre principios y enunciados éticos...” incluyeron un campo con el nombre de la "Asesoría por:" y en el “MCIB-001-2012 Manual de Control Interno” no mantiene dicho formato por lo que el nombre de esas tres personas no está presente en ese lugar, pero si en el pie de página. Ver **Recomendación No.1 inciso a)**.

2.3 Contenido y formato del Detalle Histórico.

“El detalle histórico en la última hoja de cada documento contiene la siguiente información:

- Número de versión: Define el estado de vigencia del documento y se indica por medio de un consecutivo numérico iniciando con 01.
- Oficio de aprobación: Número de consecutivo de la correspondencia oficial de aprobación.
- Fecha de aprobación: Se refiere a la fecha del oficio de aprobación. Se utiliza el formato dd/mm/aaaa.



Nombre del funcionario que escribe, revisa y aprueba el documento.
El contenido y formato de dicho “Detalle Histórico” se muestra en el siguiente ejemplo:”

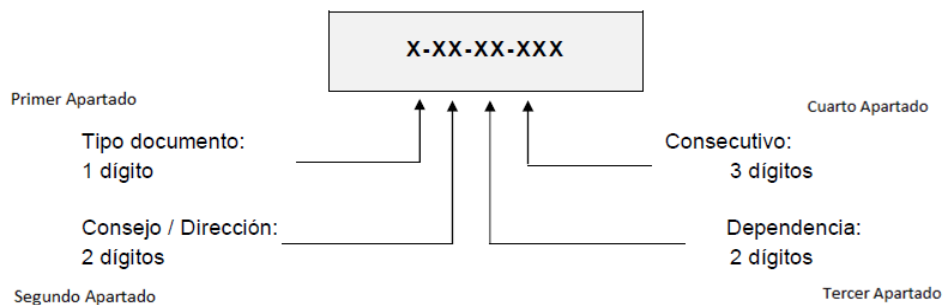
| Versión | Oficio de Aprobación | Fecha | Escrito por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|---------|----------------------|-------|--------------|---------------|---------------|
| | | | | | |

El documento “1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR” no mantiene este formato y lo escribieron en prosa; por otra parte los documentos “2-01-00-001 Disposiciones generales del plan de continuidad operativa del BCBCR”, “MCIB-001-2012 Manual de Control Interno”, “4-01-00-001 (1) Guía para la aplicación del plan de continuidad operativa del BCBCR” y “4-01-00-001 (2) Manual de mitigación de desastres “ no tienen detalle histórico; sin embargo, aun y cuando sean versión 01, esta información la deben incluir, tal y como lo realizaron por ejemplo en el “1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR” que es Versión 01. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4 Según el apartado de “Sistema de Codificación de Documentos”:

“El código de la documentación es de carácter numérico y está dividido en cuatro apartados separados por guiones (-). La cantidad de dígitos por apartado se ajusta a la siguiente extensión”:

Tal y como se muestra en el siguiente ejemplo:



Definición del código:

La clasificación debe tener correspondencia con la jerarquía del ordenamiento administrativo definida para la institución, así como los siguientes apartados:



- Primer apartado

Se establece de acuerdo con el tipo de documento, según la siguiente tabla:

| Número | Tipo de documento |
|--------|---|
| 1 | Reglamentos internos |
| 2 | Disposiciones / Directrices / Lineamientos/Políticas/Procedimientos |
| 3 | Instrucciones |
| 4 | Instructivos / Manuales / Diagramas de flujo / Formularios |

- Segundo apartado:

Define la Dirección que aprueba el documento de acuerdo con la siguiente clasificación:

| Número | Dirección |
|--------|--------------------------|
| 00 | Consejo Directivo |
| 01 | Dirección General |
| 02 | Dirección Administrativa |
| 03 | Dirección Operativa |
| 04 | Auditoría Interna |

- Tercer apartado:

Define la dependencia que genera el documento, según la tabla a continuación:

| Consejo Directivo | | Dirección Operativa | |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|--|
| N° | Dependencia | N° | Dependencia |
| 00 | Consejo Directivo | 00 | Dirección Operativa |
| 01 | Secretaría Actas | 01 | Operaciones |
| 02 | Auditoría Interna | 02 | Academia |
| Dirección General | | 03 | Planes y Operaciones |
| N° | Dependencia | 04 | Tecnologías |
| 00 | Dirección General | 05 | Prevención e Investigación |
| 01 | Asesoría Jurídica | 06 | Bomberos Voluntarios |
| 02 | Comunicación Estratégica | 07 | Gestión Docente |
| 03 | Planificación | 08 | Gestión de Servicios Empresariales |
| 04 | Gestión de Calidad | 09 | Gestión de Campus |
| 05 | Mercadeo | 10 | Control Preventivo |
| Dirección Administrativa | | 11 | Promoción e Investigación |
| N° | Dependencia | 12 | Jefes de Batallón Permanentes |
| 00 | Dirección Administrativa | 13 | Jefes de Estación |
| 01 | Servicios Financieros | 14 | Despacho de Emergencias |
| 02 | Servicios Generales | 15 | Servicio Especiales |
| 03 | Proveeduría | 16 | Sistemas y Aplicaciones |
| 04 | Talento Humano | 17 | Servicios de Soporte y Comunicaciones |
| 05 | Mantenimiento Vehicular | 18 | Jefes de Batallón Voluntarios |
| 06 | Gestión de Recursos Económicos | 19 | Jefes de Compañía |
| 07 | Tesorería | 20 | Unidad Operativa Emergencias Médicas y Rescate |
| 08 | Contabilidad | 21 | Unidad de Materiales Peligrosos |
| 09 | Servicios Logísticos | 22 | Unidad de Cavernas y Montañas |
| 10 | Aprovisionamiento | 23 | Unidad de Buceo y Rescate Acuático |
| 11 | Edificaciones | 24 | Unidad Operativa USAR |
| 12 | Gestión de Talento Humano Interno | 25 | USCO |
| 13 | Bienestar Laboral | 26 | Unidad Operativa Forestal |
| | | 27 | Unidad Canida |



El siguiente cuadro muestra las debilidades encontradas de acuerdo con lo normado en el Instructivo para la elaboración de documentos en el apartado “Sistema de codificación de documentos”.

Cuadro No.3
Debilidades encontradas en el Sistema de codificación de documentos

| Código | Tipo de documento | Código en general | Apartado | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|----------|-------|---------|
| | | | 1° | 2° | 3° |
| 2-01-00-001 | Disposición | √ | √ | √ | √ |
| 2-01-03-061 | Disposición | √ | √ | √ | √ |
| GSEVRI-001-2013 | Guía | 2.4.1 | N/A | N/A | N/A |
| MCIB-001-2012 | Manual | 2.4.2 | N/A | N/A | N/A |
| Sin asignar | Reglamento * | 2.4.2 | N/A | N/A | N/A |
| 1-00-00-014 | Política | — | 2.4.3.1 | √ | 2.4.3.2 |
| 4-01-00-001 (2) | Manual | 2.4.4 | √ | √ | 2.4.6 |
| 4-01-00-001 (1) | Guía | 2.4.4 | √ | √ | 2.4.6 |
| 2-01-00-043 | Directriz | — | √ | 2.4.5 | 2.4.6 |

Fuente: elaboración propia

* Reglamento del funcionamiento de la Comisión de Control Interno.

√ Se ajusta a lo normado en el Instructivo

N/A: No se ajusta a lo normado en el Instructivo.

De acuerdo con lo indicado anteriormente, se observó que en relación con el apartado “Código” únicamente dos de los nueve documentos cumplen con lo normado en el “Instructivo”, para los restantes siete documentos se detallan las observaciones a continuación:

2.4.1 El documento GSEVRI-001-2013 "La Guía para la aplicación del sistema específico de valoración de riesgo en el BCBCR", dentro del "Instructivo" no está normado los pasos a seguir para elaborar una "guía", por este motivo no fue posible validar dicho documento vrs el "Instructivo", por lo que se debe normar a nivel de dicho "Instructivo" lo relativo a la elaboración de "guías" y/o estandarizar dichas "guías" con uno de los tipos de documentos normados dentro del "Instructivo". Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4.2 Tanto en el documento "MCIB-001-2012 Manual de Control Interno" como en el "Reglamento del Funcionamiento de la Comisión de Control Interno" el código no mantiene el formato normado en el "Instructivo" siendo que el primero utilizó una estructura diferente y el segundo no tiene un código asignado. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**



2.4.3 En el documento “1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR”:

2.4.3.1 De acuerdo con lo normado en el “primer apartado”, el código 1 se refiere a los “Reglamentos internos” y no a las “políticas” (para estos últimos el código es el 2), adicionalmente según el nombre del mismo se refiere a una política para el cual se debe utilizar el número “2”. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4.3.2 Tiene asignado el código 00 en el “tercer apartado” que corresponde a el Consejo Directivo y en el campo del encabezado “Escrito por” indica Asesoría Jurídica, por lo que en el encabezado en los espacios “escrito por, revisado por y aprobado por” (en esta última excepto en el caso del Consejo Directivo) se debe delimitar la responsabilidad al funcionario que efectuó la labor y no dejarlo a nivel de la dependencia. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4.4 El código “4-01-00-001” está asignado a dos documentos a saber: “(2) Manual de Mitigación de Desastres” y “(1) Guía para la aplicación del Plan de Continuidad Operativa del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica”, en este segundo documento el código del “primer apartado” inicia con el número “4” referenciado a que es un manual; sin embargo, el nombre de dicho documento indica que es una “Guía...” y como ya se explicó en el Punto 3.4.1 de este mismo Informe, las “Guías” no están normadas en el “Instructivo” por lo que se debe definir si corresponde a un “Manual” o una “Guía” (en este último caso se debe normar dentro del “Instructivo”) y realizar los ajustes necesarios.

Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4.5 El documento “2-01-00-043 Directrices generales sobre principios y enunciados éticos” en el “segundo apartado” indica el número 01 que acorde con lo normado corresponde a la Dirección General; sin embargo, el oficio de aprobación referenciado es un Acuerdo del Consejo Directivo por lo que el “segundo apartado” debe ser 00. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.4.6 Para los documentos “2-01-00-043 Directrices generales sobre principios y enunciados éticos...”, “4-01-00-001 (1) Guía para la aplicación del plan de continuidad operativa del BCBCR” y “4-01-00-001 (2) Manual de mitigación de desastres “ en el “tercer apartado” está el número 00 indicando que fueron generados por el Consejo Directivo; no obstante, por la función que este realiza no genera documentos, únicamente los conoce y/o aprueba, por lo que se debe definir dentro de la institución la dependencia que tendrá dicha responsabilidad y ajustar los mencionados documentos según corresponda. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**



2.5 Referente a los apartados del documento, el “Instructivo” indica:

“La Documentación formal que se genera debe contener los apartados que se especifican, de acuerdo con el tipo correspondiente...”

En el punto “1. Reglamentos Internos” se define:

“Se utilizará el encabezado principal, el formato general, además de los apartados siguientes: Propósito, Alcance y ámbito de aplicación, Competencia de aprobación, Responsabilidades, Definiciones (en caso de ser requerido), Contenido, Anexos (en caso de ser requerido) y Detalle Histórico”.

En el punto “5. Manuales” norman:

“Para la elaboración del manual es necesario uniformar criterios tanto en la terminología, como en la presentación de la información, con el propósito de que se mantenga un sentido de continuidad y de unidad. Los manuales contendrán al menos las siguientes partes: Encabezado definido para la documentación formal, Índice, Introducción, Definiciones, Objetivo(s) del Manual, Contenido Referencias (procedimientos, políticas, etc.) y Detalle Histórico”.

En el punto “6. Políticas” indica:

“Se utilizará el encabezado principal, el formato general, además de los apartados siguientes: Propósito, Alcance y ámbito de aplicación, Competencia de aprobación, Responsabilidades, Definiciones (en caso de ser requerido), Contenido y Detalle Histórico”.

En relación con los “**Puntos 1, 5 y 6**” anteriores se tienen las siguientes observaciones:

2.5.1 El documento “1-00-00-014 La política contra la discriminación en el BCBCR”, como ya se explicó en la **Observación No. 2.4.3.1.** de este mismo informe, el “primer apartado” del código refiere a un “Reglamento interno” y no a una “política” como el nombre del documento lo indica (le corresponde el código 2), aunado a lo anterior, el cuerpo de dicho documento no contiene los apartados que están normados en el “Instructivo” referente a las “políticas”, por lo que se debe ajustar a lo normado.

Ver **Recomendación No.1 inciso a).**



2.5.2 En el caso del “Reglamento del funcionamiento de la Comisión de Control Interno” -tanto el que está en la página de “Bomberos Inside” como el suministrado por un miembro de la Comisión- lo que se facilitó a esta Auditoría es el Acuerdo del Consejo Directivo (el cual tiene como caratula los datos del acuerdo y luego viene el documento); no obstante, este no cumple con el formato definido en el “Instructivo”, entre otros no se evidencia la presencia de los apartados de "Encabezado", "Propósito", "Alcance", "Competencia de aprobación", "Responsabilidad" y "Detalle histórico", por lo que se debe revisar y realizar los ajustes correspondientes. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.5.3 El documento “4-01-00-001 (1) Guía para la aplicación del plan de continuidad operativa del BCBCR” (está relacionado con la **Observación No.2.4.4.** de este mismo Informe) en el “primer apartado” del código indica el número 4 y dicho número refiere a un “Manual”, por lo que es necesario que se defina si es una “Guía” (se norme en el “Instructivo”) y si es un “Manual” además de cambiarle el nombre se incluya el apartado “Objetivos” tal y como lo establece el “Instructivo” para los documentos considerados “Manuales”. Por otra parte, el documento el “4-01-00-001 (2) Manual de mitigación de desastres” incluye cuatro “Anexos” los cuales según el “Instructivo” no están contemplados dentro de la estructura de los “Manuales”.
Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.6 Actualización de los documentos

Con el oficio CBCR-007915-2019-DAB-00088 de fecha 25 de febrero de 2019 la encargada de Planificación

... comunica la apertura oficial para la Actualización de Procedimientos e Inventarios 2019... de conformidad con los procesos de control interno promovidos por parte de la Administración por medio de la Comisión y en pro del proceso de auto evaluación del SEVRI...

El 24-06-2020 mediante el oficio CBCR-024333-2020-DAB-00481 se informa la

... Apertura de actualización de Reglamentos internos del Cuerpo de Bomberos 2020”, “Como parte de la mejora continua en los procesos de control interno promovidos por parte de la Administración; a través de la Comisión de Control Interno, se comunica que a partir de este año, se establece la apertura del proceso para la actualización y revisión de los Reglamentos internos del Cuerpo de Bomberos para el **segundo semestre** de cada año.

Además, en este periodo se elaborarán, revisarán, derogarán o modificarán los reglamentos o normativa que la Administración,



identifique y que sea requerido acorde con los cambios que se presenten en la organización...

Tal y como se muestra en el **Cuadro No.1** -incluido en este mismo Informe-, en relación con la “Fecha de Aprobación” de los documentos, se observa que de los nueve suministrados por los miembros de la Comisión siete tienen fecha de aprobación anterior al año 2017, uno no indica fecha de aprobación y uno fue actualizado durante el periodo que se realiza este estudio (14 de febrero de 2020), y a lo largo de estos años el “instructivo” ha cambiado en varias Versiones, por lo que se deben revisar dichos documentos a la luz de la “Versión” del “Instructivo” vigente y efectuar los ajustes correspondientes. Adicionalmente cumplir con lo instruido con el Oficio CBCR-024333-2020-DAB-00481 del 24-07-2020, por medio del cual se da apertura a la actualización de reglamentos internos y considerar las Observaciones y Recomendaciones que al respecto se ha comunicado en el presente Informe. Ver **Recomendación No.1 inciso a).**

2.7 El 17-07-2020 se procedió a verificar los documentos suministrados (detallados en el **Cuadro No.1**) en la página Web www.bomberos.go.cr el sitio “Bomberos Inside” en el apartado “Dirección General”, “Control Interno” y se evidencia que los documentos remitido por los miembros de la Comisión de Control Interno a esta Auditoría son los mismos que están publicados en la Web.

Sin embargo, de acuerdo con lo indicado en el **Punto 2.6 anterior**, se debe realizar un proceso de actualización de los documentos relacionados con el SCI y SEVRI Institucional a luz de la última Versión” del “Instructivo” que se encuentre vigente, posteriormente actualizarlos en los sitios Web correspondientes y así dar cumplimiento a lo normado mediante el oficio CBCR-010764-2017-DGB-00408 del 30-03-2017 de tal manera que se mantengan actualizados en la página Web “Bomberos Inside”. Ver **Recomendación No.1 inciso b**

3. Libros de Actas

La Ley General de Control Interno, Ley No.8292 establece:

ARTÍCULO 7.- Obligatoriedad de disponer de un sistema de control interno

Los entes y órganos sujetos a esta Ley dispondrán de sistemas de control interno, los cuales deberán ser aplicables, completos, razonables, integrados y congruentes con sus competencias y atribuciones institucionales. Además, deberán proporcionar seguridad en el cumplimiento de esas atribuciones y competencias; todo conforme al primer párrafo del artículo 3 de la presente Ley.

ARTÍCULO 10.- Responsabilidad por el sistema de control interno
Serán responsabilidad del jerarca y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control



interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

ARTÍCULO 14.- Valoración del riesgo

En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos.
- b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.
- c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.
- d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.

ARTÍCULO 17.- Seguimiento del sistema de control interno

Entiéndase por seguimiento del sistema de control interno las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

En cuanto al seguimiento del sistema de control interno, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, los siguientes:

- a) Que los funcionarios responsabilizados realicen continuamente las acciones de control y prevención en el curso de las operaciones normales integradas a tales acciones.
- b) Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno del cual es responsable. Asimismo, que pueda detectar cualquier desvío que aleje a la organización del cumplimiento de sus objetivos.
- c) Que sean implantados los resultados de las evaluaciones periódicas que realizan la administración activa, la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación.

CAPÍTULO IV: La auditoría interna

ARTÍCULO 22.- Competencias

- e) Autorizar, mediante razón de apertura, los libros de contabilidad y de actas que deban llevar los órganos sujetos a su competencia institucional y otros libros que, a criterio del



auditor interno, sean necesarios para el fortalecimiento del sistema de control interno.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen:

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

6.1 Seguimiento del SCI: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, actividades permanentes y periódicas de seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento de los elementos del sistema a lo largo del tiempo, así como para asegurar que las medidas producto de los hallazgos de auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan de manera efectiva y con prontitud.

Con la información remitida por el Secretario de la Comisión está Auditoría procedió con la verificación de la documentación observando lo siguiente:

3.1. Faltante de firmas en las Actas.

La Comisión está conformada por el Director Administrativo, el Director Operativo y la encargada de Planificación, según consta en el libro de Actas en la Sesión No.001 del 06-10-2011 dicha Comisión se reunió por primera vez y desde ese momento, la misma fue precedida por la figura de un coordinador, es importante indicar que en la práctica se dan dos situaciones, la primera es que el funcionario nombrado en el puesto de Director Administrativo, es el que desempeña dicha labor y la segunda es que las Actas deben ser firmadas por los tres miembros de la Comisión que la conforman y participaron en la Sesión correspondiente; no obstante, se observa en el **Cuadro No.4:**



Cuadro No.4
Sesiones de la Comisión

| Acta de la Sesión No. | Fecha | Coordinador | Firma coordinador | Firmas de los otros miembros que constan en las Actas |
|-----------------------|--------------------------|--|-------------------|--|
| 1 a la 13 | 06-10-2011 al 18-10-2012 | No. Empleado 135– Director Administrativo | 3.1.1. | Director Operativo Encargada Planificación |
| 14 a la 15 | 06-11-2012 al 19-11-2012 | No. Empleado 135– Director Administrativo | 3.1.1. | Director Operativo: Ausente Encargada Planificación |
| 16 a la 27 | 06-12-2012 al 29-10-2013 | No. Empleado 135– Director Administrativo | 3.1.1. | Director Operativo Encargada Planificación |
| 28 a la 31 | 09-01-2014 al 14-03-2014 | Director Administrativo actual (nombrado interino en este periodo) | 3.1.2 | Director Operativo Encargada Planificación |
| 32 | 03/07/2014 | Director Administrativo actual (nombrado interino en este periodo) | 3.1.2 | Director Operativo: Ausente Encargada Planificación |
| 33 | 03/12/2014 | Director Administrativo actual (nombrado interino en este periodo) | 3.1.2 | Director Operativo Encargada Planificación |
| 34 a la 38 | 16-02-2015 al 09-09-2015 | Director Administrativo actual (nombrado interino en este periodo) | 3.1.2 | Director Operativo: Ausente Encargada Planificación |
| 39 a la 41 | 09-12-2015 al 05-05-2016 | Director Administrativo actual (nombrado interino en este periodo) | 3.1.2 | Director Operativo Encargada Planificación |
| 42 a la 45 | 30-08-2016 al 09-06-2017 | No. Empleado 3621– Director Administrativo | 3.1.3 | Director Operativo Encargada Planificación |
| 46 | 07/09/2017 | Ausente en esta Sesión | 3.1.3 | Director Operativo Encargada Planificación |
| 47 | 17/11/2017 | No. Empleado 3621– Director Administrativo | 3.1.3, 3.1.4 | Director Operativo: Ausente Encargada Planificación |
| 48 a la 49 | 08-03-2018 al 11-05-2018 | Nota: no se había nombrado el puesto de Director Administrativo | * | Director Operativo Encargada Planificación |
| 50 a la 52 | 21-02-2019 al 26-09-2019 | Director Administrativo actual | 3.1.2 | Director Operativo Encargada Planificación |

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la Comisión.

* El actual Director Administrativo participó en dichas Sesiones en calidad de invitado.

Durante el proceso de verificación se observa que las Actas están en forma consecutiva, mantienen el orden cronológico, todos los folios se encuentran dentro del Libro de Actas No.1 y las Sesiones tuvieron la presencia necesaria de los miembros de la Comisión para su realización (aun y cuando las actas no quedaron firmadas como se explica más adelante).

En relación con las firmas en las Actas cómo se puede observar en el **Cuadro No.4** anterior, a la fecha de la revisión por parte de esta Auditoría, no constaba en algunas de las Actas la firma del Coordinador (Empleado No.135 y No.3621- se exceptúan el Acta No.46 en la que se encontraba ausente dicho funcionario), tal y como se explica a continuación:



3.1.1. En las Actas que van desde la Sesión No.1 (celebrada el 06-10-2011) hasta la No.27 (celebrada el 06-10-2013) el cargo de Coordinador fue ocupado por el Director Administrativo (como se explicó anteriormente); no obstante, dicho funcionario falleció, por consiguiente, las Actas quedaron constadas en el libro, pero sin la firma correspondiente, la firma de los otros dos miembros si consta en el Acta (excepto en las Actas No.14 y No.15 en las cuales el Director Operativo estuvo ausente, quedando estas solo con la firma de la encargada de Planificación). Dos años y tres meses después de lo ocurrido, la Comisión mediante el Acta No.41 de fecha 11-02-2016, con el Acuerdo V indicó “se acuerda que queden solamente con las firmas de los dos otros miembros” refiriéndose a las Actas de las Sesiones en las cuales participó el difunto.

En relación con este tema el 25-06-2020, se le realizó consulta al Coordinador de la Comisión vía correo Institucional, de la existencia de un criterio legal de la Asesoría Jurídica Institucional que respalde la decisión tomada; el mismo día respondió que:

Respecto a lo requerido, no se ha encontrado información documental sobre la asesoría jurídica o algún documento que respalde la decisión, fuera del acta.

Indagando en la grabación de la sesión de este día... se realiza la consulta... y el expone y recomienda que las firmas pueden omitirse, solamente con que quede bajo acuerdo.

Donde el indica:

“Deben tomar un acuerdo aquí, que indique y describa la situación ocurrida, y que se decide entonces que quede solo con las dos firmas, indicando las de quienes”.



Con base con lo expuesto anteriormente, esta Auditoría validó dicha información; no obstante, es importante rescatar que en algunos momentos a nivel de sesiones de trabajo pueden surgir situaciones que generan dudas que tiene que ver directamente con aspectos de índole legal, por lo que es muy importante que si en dichas reuniones en ese momento no está presente el Asesor Jurídico, se debe solicitar a la Asesoría Jurídica un criterio legal que respalde cualquier decisión que pueda a futuro tener alguna repercusión, tal es el caso, de la información que se discute en las Sesiones y Acuerdos que se toman, debido a que estas quedan aprobados en el Libro de Actas. Por lo que en este caso es conveniente que se solicite el criterio legal a la Asesoría Jurídica, relacionado con el Acuerdo V de la Sesión No.41, principalmente considerando que dos de las mencionadas Actas quedaron únicamente con una firma, en aras de dejar documentada la gestión institucional.

Ver **Recomendación No.2, No.3 incisos a.1), b) y No.6 inciso b).**

3.1.2. Del Acta No.28 (celebrada el 09-01-2014) hasta la No.41 (celebrada el 05-05-2016) funge como Coordinador el actual Director Administrativo, el cual se encontraba nombrado interinamente en este periodo, y de las Actas No.50 a la No.52 ya se encuentra nombrado en firme.

3.1.3. Desde el Acta No.42 (celebrada el 30-08-2016) hasta No.47 (celebrada el 17-11-2017), excepto por el Acta No.46 en la cual estuvo ausente, se mantuvo en el cargo de coordinador el funcionario contratado con el número de empleado 3621 –tal y como se aplica en la práctica-; no obstante, en enero del 2018 dicho funcionario dejó de laborar para la institución, repitiéndose nuevamente la condición de falta de firmas en las Actas por dicho funcionario, que se mantiene actualmente y a la fecha no se encontró evidencia de cuál va a ser el proceder con dichas firmas.

Al respecto, Ley Orgánica de la Contraloría General de la República N° 7428 en el Artículo 71.-Prescripción de la responsabilidad disciplinaria, norma que:

La responsabilidad administrativa del funcionario público por las infracciones previstas en esta Ley y en el ordenamiento de control y fiscalización superiores, prescribirá de acuerdo con las siguientes reglas:

- a) En los casos en que el hecho irregular sea notorio, la responsabilidad prescribirá en cinco años, contados a partir del acaecimiento del hecho...

Por lo que se debe solicitar criterio legal a la Asesoría Jurídica de la Institución a fin de determinar que procede en dicho caso.

Ver **Recomendación No.3 inciso a.2).**



3.1.4. En el momento de la Sesión No. 47 si hubo quórum, porque, aunque estuvo ausente el Director Operativo, sí estuvieron presentes 2 de los 3 integrantes, a saber, el Director Administrativo (No.3621) y la Encargada de Planificación; Sin embargo, el Acta se encuentra firmada únicamente por esta última (por la situación descrita en el **Punto 3.1.3.** anterior), por lo que se debe valorar la validez de la misma. Ver **Recomendación No.3 inciso b).**

Por lo anterior se debe implementar controles, de tal forma que se ejerza una supervisión constante y así evitar este tipo de situaciones.

Ver **Recomendaciones No.6 inciso b).**

Posteriormente, de la revisión efectuada a las Actas se determinó que existen algunas debilidades de control, en cuanto a su elaboración, por lo que para aprovechar la experiencia adquirida y las sanas prácticas aplicadas tanto en la Secretaría de Actas del Consejo Directivo como en el Instituto Nacional de Seguros –en adelante INS-. Se consideró importante apoyar las Observaciones a luz de lo normado en el “Reglamento de la Secretaría de Actas...” y como sana práctica en el “Reglamento que rige el accionar de los Órganos Colegiados del Grupo INS”, se tiene lo siguiente:

3.2. Acuerdos de aprobación.

El “Reglamento de la Secretaría de Actas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica”⁸ en sus Artículos 18 y 19 norman:

Artículo 18- De cada sesión se confeccionará un acta, cuyo contenido será verificado y aprobado en la sesión ordinaria siguiente, excepto que medien razones justificadas que obliguen a su presentación en la siguiente sesión ordinaria.

En caso de sucesivas sesiones extraordinarias durante un mismo mes, cada acta será revisada y ratificada en la sesión ordinaria mensual siguiente.

Artículo 19.- De la aprobación de Actas.

Antes de la aprobación de cada acta y con el propósito de verificar la conformidad con la misma, la Secretaría pondrá en conocimiento de los Directores del Consejo Directivo, el (la) Director (a) General y a la Auditoría Interna, el texto de la misma, lo anterior al menos 24 horas antes de la celebración de la sesión siguiente.

Así mismo en dicho reglamento se norma la estructura del orden del día dentro del cual se conoce y aprueba el Acta de la Sesión anterior.

⁸ Aprobado con el Acuerdo XI en la Sesión del Consejo Directivo No.133 efectuada el 27 de setiembre de 2018.



En el “Reglamento que rige el Accionar de los Órganos Colegiados del Grupo INS”, norma:

Artículo 19. Del Orden del Día

Se indicará en este documento todos los asuntos que el Órgano Colegiado deberá conocer en la sesión; y cuando corresponda, será acompañado de la documentación necesaria para su correcta discusión y eventual acuerdo.

Artículo 21. De la aprobación del Acta

El acta está sujeta a aprobación por los miembros que estuvieron presentes en la sesión correspondiente.

Las actas deben ser aprobadas en la sesión ordinaria siguiente, a efecto de que los acuerdos tomados en la respectiva sesión adquieran firmeza. Por consiguiente, para la sesión ordinaria siguiente debe contarse con el acta de la sesión anterior.

No se admitirán aprobaciones parciales de las actas.

Artículo 24. De los Acuerdos

Para la obtención de los acuerdos, los conformantes del Órgano Colegiado, deberán expresar mediante el voto su decisión sobre los asuntos que se presenten para su análisis.

Los acuerdos serán adoptados por la mayoría de los miembros asistentes, en el seno de la sesión convocada y celebrada de conformidad con las presentes normas.

Si algún miembro difiere del acuerdo tomado, deberá expresar su criterio y los motivos que lo justifican para que consten en el acta correspondiente; quedando exento de responsabilidades que, eventualmente, pudiesen derivarse de los acuerdos.

Relacionado con estos temas se tiene lo siguiente:

**Cuadro No.5
Inconsistencias en Acuerdos
de aprobación de Actas**

| Sesión | Acta vistas en Sesión | Situación Observada |
|--------|-----------------------|---|
| 4 | 4 | Se toma un Acuerdo el cual se indica que se aprueba el número de Acta de la Sesión que apenas va a iniciar. |
| 11 | 11 | |
| 28 | 28 | |
| 25 | 24 | En las Sesiones No.25 y No.44 se toma el Acuerdo de aprobar las Actas No.24 y No.43 respectivamente, lo cual es correcto. No obstante, tanto en el Acta No.26 como en la No.45 se vuelve a tomar un Acuerdo aprobando dichas Actas. |
| 26 | 24 | |
| 44 | 43 | |
| 45 | 43 | |



| Sesión | Acta vistas en Sesión | Situación Observada |
|--------|-----------------------|---|
| 3 | ≠ | ≠ No se evidencia en las Sesiones posteriores, incluidas en el Libro de Actas, la aprobación de las mismas. |
| 10 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 42 | | |
| 44 | | |

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la Comisión.

Con base en el **Cuadro No.5** y siendo que como se explicó anteriormente, en la institución tiene el “Reglamento de la Secretaría de Actas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica” que incluye las mejores prácticas en aspectos tales como “Del orden del día o agenda”, “Sobre firmeza de acuerdos...”, “Del Acta”, “De la transcripción y comunicación de acuerdos”, “De la Firma Actas y el Libro de Actas”, entre otros temas. Así mismo, como una sana práctica se tiene el “Reglamento que rige el accionar de los Órganos Colegiados del Grupo INS”. Es necesario que apoyados en la Asesoría Jurídica de la Institución se revise el “Reglamento de funcionamiento de la Comisión de Control Interno” a la luz de lo indicado en ambos Reglamentos mencionados anteriormente, de tal forma que se pueda ajustar la normativa y estandarizar con las mejores prácticas aplicadas, también se puede valorar establecer un Reglamento Institucional que contemple el accionar de los Órganos Colegiados incluyendo al Consejo Directivo.

Adicionalmente tal y como se indicó en el **Punto 2.6** de este informe, como parte de “la mejora continua en los procesos de control interno promovidos por la Administración; a través de la Comisión de Control Interno”, con el Oficio CBCR-024333-2020-DAB-00481 del 24-07-2020 remitido por la encargada de Planificación con V.B. del Director Administrativo dirigido a los encargados de Dependencias, se solicitó la actualización de los reglamentos internos, por lo que es muy importante que dentro de dicha actualización de Reglamentos se consideren las observaciones emitidas en este estudio. Ver **Recomendaciones No.3 inciso c), No.4 y No.6**.

3.3. Formato y transcripción de las Actas.

Según el “Reglamento de la Secretaría de Actas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica” en el Artículo No.21 norma que:

Artículo 21-. Del refrendo...

Una vez aprobadas las actas por parte del Consejo Directivo... deberán ser transcritas de inmediato al tomo de actas físico correspondiente, y quedarán a disposición de los usuarios con la salvaguarda de los temas confidenciales por mandato de Ley.



El “Reglamento que rige el Accionar de los Órganos Colegiados del Grupo INS”, norma:

Artículo 20. De las Actas

De toda sesión se levantará un acta que debe incluir los siguientes puntos:

- a) Número de sesión.
- b) Clase de sesión: ordinaria o extraordinaria, presencial y/o virtual.
- c) Fecha, hora y lugar donde se celebra la sesión.
- d) Orden del día
- e) Nombre de los miembros del Órgano Colegiado presentes.
- f) Indicación del miembro que preside la sesión.
- g) Nombre y ocupación de invitados o delegados a la sesión.
- h) Indicación cronológica (hora) del ingreso y retiro de los miembros.
- i) Detalle de los asuntos conocidos, consignados en el acta cronológica y ordenadamente mediante un acta ejecutiva con los puntos y conclusiones importantes y con indicación de las personas que intervienen.
- j) La votación, acuerdos tomados y votos salvados.
- k) Cada asunto será narrado en forma sumaria y clara.
- l) Hora en que se levanta la sesión.
- m) Nombre y firma de los miembros (física o digital)
- n) En el caso de libros de actas que se lleven en forma electrónica:
- o) Definición de los accesos y perfiles correspondientes a los lectores, modificaciones y administradores del sistema
- p) Control de versiones.

Artículo 22. De la conservación del Acta

Una vez que las actas han sido aprobadas y firmadas por todos los miembros que estuvieron presentes en la sesión, deben resguardarse en archivos seguros que protejan y tengan las condiciones apropiadas para la conservación de las mismas.

Preferiblemente adicional al medio de resguardo físico, deberán guardarse en forma magnética.

Las actas originales de los Comités Corporativos, las conservará la Secretaría de Actas Corporativa de la Junta Directiva del INS.

Dichas actas deberán tener numeración continuada para los folios del libro de actas, así como las actas de las reuniones debidamente legalizadas.

Se revisaron las Actas en formato PDF vrs las físicas (que se transcribieron en el Libro de Actas), para verificar que estas sean copia fiel y se observó lo siguiente:



- 3.3.1. Las Actas no mantienen una estandarización en su formato PDF, desde que empezó a sesionar la Comisión hasta la fecha han variado este en tres ocasiones. Ver **Recomendación No. 5 inciso a)**.
- 3.3.2. Las Actas en formato PDF no son una copia fiel de las Actas que se transcribieron en el libro de Actas, que son las que se encuentran en forma física y firmada.
Ver **Recomendación No. 5 inciso b)**.
- 3.3.3. Algunas no incluyen toda la información, por ejemplo:
- 3.3.3.1. El lugar, hora y fecha de inicio o cierre de sesión; en algunas ocasiones dichas fechas son diferentes.
- 3.3.3.2. No delimita quienes son los invitados o los temas a tratar.
- 3.3.3.3. Se repiten títulos asignados a una persona en una misma línea del texto. (título, nombre, título).
- Al respecto ver **Recomendación No. 3 inciso d)**.

En relación con este último tema, se observa que del Acta No.50 a la No.53 el contenido del PDF es similar a lo transcrito en el Libro de Actas; no obstante, no son copia fiel, siendo que el PDF borrador incluye un cuadro resumen al inicio y al final, también alguna información no coincide como por ejemplo la hora que se realizaron las Sesiones.

Ver **Recomendación No.6 inciso c)**.

Adicionalmente, relacionado con este tema, en la práctica la Secretaría de Actas transcribe lo comentado en las Sesiones en un formato preestablecido, el cual remite en borrador a los diferentes miembros que asistieron a las reuniones para su revisión, posterior al visto bueno de estos, la Secretaría de Actas la transcribe tal cual está, eliminando espacios de salto de párrafos con la finalidad de optimizar el uso del espacio, dejando en el acta que está en el Libro de Actas copia fiel del borrador que fue revisado y aprobado por los miembros correspondientes. Es importante que se estandaricen los formatos de Actas utilizados por la Comisión vrs las mejores prácticas aplicadas por la Secretaría de Actas y en el INS en relación con este tema, de tal forma que se pueda aprovechar la experiencia adquirida a lo largo de estos años, en pro del mejoramiento de la calidad de la información institucional.

Ver **Recomendación No.4 inciso d)** y **No.5**.

3.4. Grabación de la Sesión.

En relación con este tema en el “Reglamento de la Secretaría de Actas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica” en el Artículo No.23 norma que:

Artículo 23.- Sobre la Grabación de las sesiones.

Cada sesión será grabada por la Secretaría de Actas y se mantendrá en un registro fidedigno centralizado, con la custodia y seguridad



requeridas, del cual se servirá dicho despacho para la transcripción de las actas.

Las grabaciones del Consejo Directivo del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica, serán registradas, archivadas y custodiadas, en la sede central de dicha entidad por contar con el equipo necesario.

Una vez aprobada y firmada el acta correspondiente, las grabaciones se mantendrán en custodia por los plazos establecidos en la Ley N° 7202 "Ley del Sistema Nacional de Archivos".

El "Reglamento que rige el Acciona de los Órganos Colegiados del Grupo INS", norma:

Artículo 23. De la grabación de las Actas

Los órganos colegiados valorarán la necesidad de grabar las sesiones, salvo norma legal en contrario. Considerando que estas pueden contribuir con la elaboración del documento escrito con carácter de instrumentalidad.

El 16 de junio del presente se realizó consulta al Coordinador por medio del correo institucional de la existencia de grabaciones de las Sesiones de la Comisión, el cual responde que: "Si se realizan grabaciones, de la mayoría de las reuniones, las cuales se efectuaron con la finalidad de poder preparar el acta y dependiendo de la cantidad de temas". Por lo anterior se torna relevante que se estandarice el reglamento de la Comisión a la luz de lo normado de ambos Reglamentos mencionados anteriormente, a fin de aprovechar la experiencia adquirida a lo largo de estos años función, en pro del mejoramiento de la calidad de la información institucional.

Ver **Recomendación No.4 inciso d).**

4. Sesiones de la Comisión

- 4.1. En el Reglamento de funcionamiento de la Comisión en el Artículo No.5 norman: "...sesionará ordinariamente el primer jueves de cada mes, sin perjuicio de sesionar extraordinariamente cuando así se requiera previa convocatoria.". Desde el inicio de las sesiones hasta la No.32 se mantuvo lo normado en el artículo mencionado anterior y a partir de esta última en el acuerdo IV se cambia las sesiones a cada tres meses.

Relacionado con estos temas se tiene lo siguiente:



Cuadro No.6
Sesiones ordinarias mensuales

| Sesión | Fecha | Meses de diferencia | Sesión | Fecha | Meses de diferencia |
|--------|------------|---------------------|--------|------------|---------------------|
| 1 | 06-10-2011 | inicio | 18 | 15-02-2013 | 1 mes |
| 2 | 20-10-2011 | mismo mes | 19 | 14-03-2013 | 1 mes |
| 3 | 16-11-2011 | 1 mes | 20 | 18-04-2013 | 1 mes |
| 4 | 01-12-2011 | 1 mes | 21 | 16-05-2013 | 1 mes |
| 5 | 05-01-2012 | 1 mes | 22 | 13-06-2013 | 1 mes |
| 6 | 09-02-2012 | 1 mes | 23 | 09-07-2013 | 1 mes |
| 7 | 15-03-2012 | 1 mes | 24 | 08-08-2013 | 1 mes |
| 8 | 26-04-2012 | 1 mes | 25 | 19-09-2013 | 1 mes |
| 9 | 10-05-2012 | 1 mes | 26 | 24-10-2013 | 1 mes |
| 10 | 07-06-2012 | 1 mes | 27 | 29-10-2013 | mismo mes |
| 12 | 06-09-2012 | 1 mes | 29 | 13-02-2014 | 1 mes |
| 13 | 18-10-2012 | 1 mes | 30 | 06-03-2014 | 1 mes |
| 14 | 06-11-2012 | 1 mes | 31 | 14-03-2014 | mismo mes |
| 15 | 19-11-2012 | mismo mes | 11 | 10-08-2012 | 2 meses |
| 16 | 06-12-2012 | 1 mes | 28 | 09-01-2014 | 3 meses |
| 17 | 25-01-2013 | 1 mes | 32* | 03-07-2014 | 4 meses |

Fuente: elaboración propia con la información suministrada por la comisión.

*Pasa a sesionar trimestralmente según acuerdo que se menciona en el **Punto 4.2.**

De la sesión No.1 a la No.32 se rigen bajo lo normado en el artículo mencionado anterior y se observa que se mantiene la periodicidad con excepción de:

- 4.1.1. La sesión No.11 se realizó con 2 meses de diferencia.
- 4.1.2. La sesión No.28 se realizó con 3 meses de diferencia.
- 4.1.3. La sesión No.32 se realizó con 4 meses de diferencia.

4.2. En la sesión extraordinaria de la Comisión No. 32 celebrada el 3-7-2014 en el acuerdo IV menciona que “La Comisión de Control Interno sesionará en adelante, de forma trimestral, para el seguimiento y control del Sistema de Control Interno y Sistema de Valoración de Riesgos.”

Cuadro No.7
Sesiones ordinarias Trimestrales

| Sesión | Fecha | Meses de diferencia | Sesión | Fecha | Meses de diferencia |
|--------|------------|---------------------|--------|------------|---------------------|
| 36 | 08-06-2015 | 1 mes | 42 | 30-08-2016 | 3 meses |
| 38 | 09-09-2015 | 1 mes | 43 | 03-11-2016 | 3 meses |
| 34 | 16-02-2015 | 2 meses | 44 | 14-02-2017 | 3 meses |
| 37 | 05-08-2015 | 2 meses | 46 | 07-09-2017 | 3 meses |
| 40 | 11-02-2016 | 2 meses | 51 | 13-05-2019 | 3 meses |
| 47 | 17-11-2017 | 2 meses | 45 | 09-06-2017 | 4 meses |
| 49 | 11-05-2018 | 2 meses | 48 | 08-03-2018 | 4 meses |
| 35 | 14-05-2015 | 3 meses | 52 | 26-09-2019 | 4 meses |
| 39 | 09-12-2015 | 3 meses | 33 | 03-12-2014 | 5 meses |
| 41 | 05-05-2016 | 3 meses | 50 | 21-02-2019 | 9 meses |

Fuente: elaboración propia con la información suministrada por la comisión.



Se observa que las Sesiones No. 35, 39, 41, 46 y 51 cumplen con la periodicidad de los tres meses; sin embargo:

- 4.2.1. Las Sesiones No. 37, 40, 47 y 49 tienen una diferencia de 2 meses.
- 4.2.2. Las Sesiones No. 45, 48 y 52 tienen una diferencia de 4 meses.
- 4.2.3. La Sesión No. 33 tiene una diferencia de 5 meses.
- 4.2.4. La Sesión No. 50 tiene una diferencia de 9 meses.

En relación con este tema con el Oficio CBCR-006739-2020-DAB-00125 del 19 de febrero de 2020, la Comisión remitió al Director General “solicitud de aprobación – Plan de Trabajo 2020 Comisión de Control Interno” en el apartado “III. Cronograma del Plan de Trabajo”, se indica “Actividad... Ejecución de reuniones” y en “Mes... Bimestrales...”

Por lo antes expuesto, es importante, que se revise con la Asesoría Jurídica, la validez de dicho Acuerdo (periodicidad 3 meses) y también del Cronograma (periodicidad bimestral), por cuanto estos vienen a modificar un Reglamento previamente aprobado por el Consejo Directivo con el Acuerdo X en la Sesión No.43 efectuada el 31 de octubre de 2011. En este mismo orden de ideas, por la importancia que revise los temas de Control Interno y SEVRI institucional es importante que se retomen las Sesiones con la periodicidad normada en el Reglamento. Ver **Recomendación No.3. inciso e).**

5. Metodología aplicada en las Autoevaluaciones

La Ley General de Control Interno, establece:

ARTÍCULO 7.- Obligatoriedad de disponer de un sistema de control interno..., ARTÍCULO 10.- Responsabilidad por el sistema de control interno..., ARTÍCULO 17.- Seguimiento del sistema de control interno..., mencionados anteriormente.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, establecen:

6.3.2 Autoevaluación periódica del SCI: El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben disponer la realización, por lo menos una vez al año, de una autoevaluación del SCI, que permita identificar oportunidades de mejora del sistema, así como detectar cualquier desvío que aleje a la institución del cumplimiento de sus objetivos.

4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional...,
6.1 Seguimiento del SCI..., mencionados anteriormente.



La Directrices Generales para el establecimiento y funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI) número D-3-2005-CO-DFOE, establece:

4.7. Documentación de riesgos. Se deberá documentar la información sobre los riesgos y las medidas para la administración de riesgos que se genere en cada actividad de la valoración del riesgo (identificación, análisis, evaluación, administración y revisión).

Deberá de establecerse registros de riesgos que incluyan, como mínimo, la información sobre su probabilidad, consecuencia, nivel de riesgo asociado y medidas seleccionadas para su administración.

En relación con las medidas para la administración de riesgos deberá documentarse como mínimo su descripción, sus resultados esperados en tiempo y espacio, los recursos necesarios y responsables para llevarlas a cabo.

Se deberá velar por que los registros sean accesibles, comprensibles y completos y que la documentación se realice de forma continua, oportuna y confiable.

Toda esta información deberá servir de base para la elaboración de los reportes del SEVRI dirigidos a los sujetos interesados y podrá ser requerida por la Contraloría General de la República o la auditoría interna, por lo que deberá de estar actualizada en todo momento.

4.8. Comunicación de riesgos. Se deberá brindar información a los sujetos interesados, internos y externos, y a la institución en relación con los riesgos institucionales.

La comunicación deberá darse en ambas direcciones, mediante informes de seguimiento y de resultados del SEVRI que se elaboran periódicamente y mediante la operación de mecanismos de consulta a disposición de los sujetos interesados.

La información que se comunique deberá ajustarse a los requerimientos de los grupos a los cuales va dirigida y servir de base para el proceso de rendición de cuentas institucional.

Los reportes del SEVRI deberá contener como mínimo la información que de acuerdo con la Directriz 4.7., debe documentarse y debe estar disponible para los sujetos interesados.

Dentro de la información suministrada por el secretario de la Comisión y mencionada anteriormente se tiene lo siguiente: con el oficio CBCR-036680-2013DGB-00792 del 21-11-2013 se aprueban las "Disposiciones Generales del Plan de Continuidad Operativa del BCBCR", los artículos 5 y 6 definieron lo siguiente:



Artículo 5. Prioridades en la continuidad operativa institucional. La continuidad operativa del Cuerpo de Bomberos, tiene como prioridad mantener su capacidad de respuesta ante la comunidad costarricense, a través del servicio que brindan las estaciones de bomberos, sin embargo, se considera que las mismas, cuentan con una capacidad de soporte y capacitación, mucho mayor para enfrentar las emergencias por lo que por sí mismas se convierten en Brigadas auto suficientes; por lo que se establece la necesidad de priorizar la capacidad tecnológica y administrativa como pilares del trabajo realizado por las estaciones.

Artículo 6. Del alcance por Dependencias. Debido a que el Plan de Continuidad debe abarcar a toda la organización, el mismo se implementa mediante la siguiente prioridad por edificaciones o instalaciones de la organización

- a- Oficinas Centrales
- b- Centro de Operaciones de Bomberos y Estaciones.
- c- Oficinas en Patarra (Mantenimiento Vehicular, Aprovisionamiento y Academia).

Con el oficio CBCR-009023-2014-DGB-00217 del 20-03-2014 se aprueba el “Manual de Migración de Desastres” el cual en el Punto 3 “Identificación de las amenazas” resaltaron lo indicado en la Directriz antes mencionada, lo relacionado con el “alcance del Plan de Continuidad el mismo se enfocará con un análisis por dependencias priorizando en las Oficinas Administrativas y Tecnológicas.” Además, menciona que “la matriz se conformó mediante un análisis realizado por la Comisión de Control Interno como parte de la implementación del SEVRI, y permite contar con el panorama general en relación con los eventos o amenazas que pueden afectar al Cuerpo de Bomberos.”

Por lo antes expuesto se observa que la identificación inicial de los Riesgos Institucionales fue realizada por la “Comisión”, aun y cuando los funcionarios que conforman dicha Comisión tiene muchos años de laborar en la institución, para este tipo de análisis vale la pena apoyarse en una persona especializada en Riesgos, de tal forma que dicha persona considerando la información suministrada por la Comisión, pueda no solo identificar los Riesgos Institucionales, si no también establecer los riesgos de cada dependencia y las medidas para mitigarlos con base en el giro normal de Bomberos.

Así mismo, en relación con este tema en el Informe “evaluación de la gestión del riesgo de fraude” efectuado por los Auditores Externos y remitido al Director General el 20 de abril de 2020, indican que “...no se cuenta con una Unidad de Riesgos independiente de la Administración para la gestión y el monitoreo de los riesgos institucionales...” y recomiendan “Establecer una unidad independiente para la gestión y el monitoreo del riesgo institucional...”. Al respecto, en el Plan de Acción parte de la Administración, en las acciones a tomar mencionan que “se procederá a contar con la asesoría de un especialista para definir cuál será la metodología que deberá implementar la Unidad de Planificación...”. Ver **Recomendación No.7 inciso a).**



Como complemento a la información suministrada, se consultó el Sistema de Correspondencia Formal de Bomberos (SICOF) correos relacionados con el tema, observando lo siguiente:

Que la administración desde que aprobó el SCI y el SEVRI (2014) ha aplicado 3 Autoevaluaciones contemplando el seguimiento al SEVRI; no obstante, no han mantenido un proceso estándar tal y como se muestra en el **Cuadro No.8**:

Cuadro No.8
Proceso Autoevaluación del SCI y
Seguimiento del SEVRI

| Descripción | 2015 | 2017 | 2019 |
|----------------|------|------|-------|
| Convocatoria | 5.1 | 5.2 | 5.3 |
| Informe | 5.4 | 5.4 | 5.4 |
| Plan de acción | 5.1 | N/A | 5.3.2 |
| Seguimiento | 5.1 | N/A | N/A |

5.1. Autoevaluación de Control Interno 2015.

En la primera Autoevaluación del SCI dentro de la herramienta utilizada consideraron el seguimiento del SEVRI; se identificaron un total de 28 participantes: 18 dependencias y 10 jefes de batallón; y cuatro etapas a saber:

Cuadro No.9
Procesos Autoevaluación del SCI, 2015

| Etapas | Se informó correo formal | Respondieron solicitud | Cumplieron fecha entrega | Comentario |
|---|--------------------------|------------------------|---|------------|
| a) Convocatoria para la primera Autoevaluación del SCI. | 26 | 24* | 9 | 5.2.1. |
| b) Solicitud de plan de acción. | 27** | 21 | No se estableció en el correo formal remitido | 5.2.2. |
| c) I Seguimiento 2016. | 17*- | 21 | 12 | 5.2.3. |
| d) II Seguimiento 2016. | 20**- | 3 | 3 | 5.2.4. |

No se encontró evidencia que se hayan remitido oficio a:

* 2 participantes; sin embargo, se evidencia que de estos sí se recibió respuesta.

** 1 participante se le haya remitido oficio, ni tampoco que haya respondido.

*- 11 participantes; sin embargo, se evidencia que de 7 de estos sí se recibió respuesta.

** - 8 participantes.



En lo anterior se observó que aun y cuando se identificaron 28 participantes no se encontró evidencia de que a todos se les haya remitido oficio; sin embargo, en ocasiones si se recibió respuesta, tal y como se muestra a continuación:

- 5.1.1. En la etapa a) se informó a 26 participantes, respondieron 24 de los cuales 9 lo realizaron dentro de la fecha establecida.
- 5.1.2. En la etapa b) se informó a 27 participantes, respondieron 21, en este no se estableció fecha límite para entregar la documentación requerida.
- 5.1.3. En la etapa c) se informó a 17 participantes, respondieron 21 de los cuales 12 lo realizaron dentro de la fecha establecida.
- 5.1.4. En la etapa d) se informó a 20 participantes, respondieron 3 los cuales lo realizaron dentro de la fecha establecida.

En la revisión efectuada no se encontró evidencia de un procedimiento establecido para la aplicación del proceso de Autoevaluación del SCI y el seguimiento del SEVRI el cual incluya las herramientas y controles que permitan conocer:

- Quienes son los participantes, siendo que en las cuatro etapas se le comunicó a una cantidad diferente de dependencias.
- Si se les notificó el proceso y diferentes etapas a todos los participantes, así como su respectiva respuesta. Siendo que de cinco participantes de la etapa “I seguimiento 2016” no se encontró evidencia de que se les notificó la misma; sin embargo, sí se encontró evidencia de sus respuestas.
- Si todas las dependencias remitieron la información dentro de la fecha establecida.
- Si se les estableció fecha de entrega a las diferentes solicitudes realizadas dentro del proceso y etapas correspondiente, por ejemplo: en la “solicitud del plan de acción”, siendo que se observó que en esta solicitud no se estableció una fecha de entrega.

Por lo antes expuesto se debe crear un procedimiento para el proceso de Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI que establezca los participantes, forma de convocatoria, tiempos de respuestas, periodicidad de los seguimientos, herramientas y controles a aplicar, entre otros temas, con el fin de estandarizar y documentar dichos procesos.

Ver **Recomendación No.8.**



5.2. Autoevaluación de Control Interno 2017.

El 14-02-2017 con el acta No.044 de la Comisión en el acuerdo IV se autoriza "preparar la autoevaluación 2017 enfocada en la evaluación de riesgo"; no obstante, no indicaron cuales riesgos van hacer evaluados; aun y cuando con el oficio CBCR-007641-2014-DAB-00365 del 04-03-2014 se había aprobado la Matriz y Manual de Mitigación de Riesgo Institucional donde se definieron 5 amenazas y 25 eventos a evaluar; tampoco se encontró evidencia de oficios efectuando la convocatoria. Sin embargo, de la lectura de las actas se desprende que el proceso se enfocó en 3 riesgos (Fideicomiso de Titularización, Sistemas de Información y Proyectos Constructivos), esto por cuanto en algunas actas se refirieron a este tema, a saber:

Cuadro No.10
Acuerdos de la Comisión

| No. Acta | Fecha | No. Acuerdo | Acordado | Comentario |
|----------|------------|-------------|--|------------|
| 45 | 09-06-2017 | III | "Entregar los riesgos del fideicomiso de titularización y Sistemas de Información a la Dirección Administrativa y solicitar a Servicios Generales, por oficio formal los riesgos de Proyectos constructivos." | 5.2.1 |
| 46 | 07-09-2017 | III | "Dar por recibido a satisfacción la presentación de riesgos del Fideicomiso, y solicitar análisis de los mismos a la Dirección Administrativa y unidades correspondientes. De igual manera, solicitar a la Unidad de Servicios Generales presentar los riesgos de los procesos constructivos." | 5.2.1 |
| 47 | 17-11-2017 | * | * | * |
| 48 | 08-03-2018 | V | "Solicitar a las unidades de Tecnologías de la Información, Servicios Generales y Servicios Financieros, la Actualización de los riesgos." | 5.2.2 |

* No se refirieron al tema

5.2.1. De acuerdo con lo indicado en las sesiones de fechas 09-06-2017 y 07-09-2017, se da por recibida información presentada por las Unidades de Tecnologías de la Información – en adelante TIC- y Servicios Financieros; no obstante, no se encontró evidencia ni de la solicitud de información por parte de la Comisión ni de la entrega formal por parte de dichas Unidades. Por otra parte, en ambas sesiones se indica que se va a solicitar a la Unidad de Servicios Generales la presentación de los Riesgos de los Procesos Constructivos; sin embargo, fue hasta el 06-10-2017 con el oficio CBCR-035854-2017-DAB-00979, remitido por la secretaria de la Comisión y con visto bueno del Coordinador de esta, al encargado de la Unidad de Servicios Generales, que se efectuó la solicitud de "Valoración de los riesgos en Procesos Constructivos", la cual indica el "Plazo de entrega 26 de octubre de 2017". Así mismo, tampoco se encontró evidencia de la respuesta de dicha Unidad.



- 5.2.2. En la sesión del 08-03-2018 se acuerda solicitar a las Unidades de Servicios Financieros, TIC y Servicios Generales, la actualización de los riesgos; sin embargo, se encontró evidencia de que para dos de estas unidades se había remitido dicha solicitud con anterioridad a tomar el acuerdo, como se observa a continuación:
- Con el oficio CBCR-005380-2018-PLB-00019 de 14-02-2018, remitido por la secretaria de la Comisión y con visto bueno de la Encargada de Planificación (miembro de la Comisión), a la encargada de la Unidad de Servicios Financieros, se solicitó la “Valoración de los riesgos - periodo 2017”, la cual indica como “Plazo de entrega 15 de febrero de 2018”.
 - Con el oficio CBCR-005380-2018-PLB-00020 de 14-02-2018, remitido por la secretaria de la Comisión y con visto bueno de la encargada de planificación (miembro de la Comisión), a la encargada de Riesgos de TIC, se solicitó la “Valoración de los riesgos Tecnologías de Información”, la cual indica como “Plazo de entrega 15 de febrero de 2018”.
 - No se encontró evidencia de que a la Unidad de Servicios Generales le solicitaran dicha actualización.

Con base en lo anterior, se observa que no se sigue un proceso estándar, por lo que se debe de crear un procedimiento, que contemple además de lo indicado en la **Observación No.5.1**, las herramientas y controles que permitan definir:

- Que toda convocatoria se debe de realizar por oficio formal, ya que no se encontró evidencia de la misma para este proceso.
- Que debe de quedar documentada la metodología utilizada en las autoevaluaciones del SCI y seguimientos del SEVRI, incluyendo si se delimita el alcance y las justificaciones correspondientes, siendo que en la institución desde el 2014 se había aprobado una matriz de riesgo la cual contiene 5 amenazas y 25 eventos a evaluar; no obstante, en el periodo 2017 el alcance se enfocó solo en 3 riesgos: Fideicomiso de Titularización, Sistemas de Información y Proyectos Constructivos. Sin embargo, no se encontró evidencia del análisis efectuado a dicha matriz, en donde se documente cuales controles se establecieron que permitieron mitigar los riesgos identificados en el 2014, y por consiguiente su impacto y probabilidad dejaron de ser prioritarios para la operativa de la institución y en su lugar se determinó que estos tres últimos riesgos eran los más relevantes y por ende debían ser evaluados.
- Valorar estandarizar tiempos de entrega de información para requerimientos similares, esto por cuanto la Comisión a dos de las tres Unidades le realiza una solicitud y les otorga un plazo de 1 día para responder, mientras que, a la otra Unidad solicitando información similar le otorga un plazo de 20 días para remitir dicha información.



Por lo antes expuesto se debe crear un procedimiento para el proceso de Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI que establezca además de lo indicado en la **Observación No.5.1**, la forma de convocatoria, tiempos de respuestas, seguimientos oportunos, herramientas y controles a aplicar, entre otros temas, con el fin de estandarizar y documentar dichos procesos.

Ver **Recomendaciones No.8**.

5.2.3. Así mismo, se observó que con el acuerdo III de las Actas No.44 y No.45, se instruye solicitar información a la Unidad de Servicios Generales; y no se encontró evidencia ni de la solicitud por parte de la Comisión, ni de la entrega formal por parte de dicha Unidad, por lo que se debe establecer un control que permita dar seguimiento oportuno a los acuerdos emitidos por la Comisión. Ver **Recomendación No.6 inciso e**).

5.3. Autoevaluación de Control Interno 2019.

La Administración presentó al Comité de Auditoría Corporativo -en adelante CAC- en la sesión No.330 del pasado 15-06-2020, entre otros temas, lo relacionado con la “Evaluación de la efectividad y confiabilidad de los sistemas de información y procedimientos de control interno”, incluyendo los resultados de la “Autoevaluación de Control Interno 2019”, por lo que esta Auditoría le consultó al Coordinador de la Comisión sobre la documentación de la metodología aplicada. Dicho Coordinador indicó que en esta oportunidad la herramienta que se aplicó consistía en contestar un cuestionario por parte de los tres integrantes de la Comisión, así mismo instruyó a la Secretaria de la Comisión para que remitiera dicha documentación a esta Auditoría.

El 12-06-2020 la Secretaria de la Comisión remitió por correo institucional la documentación que incluye entre otros, los tres cuestionarios mencionados anteriormente. Adicionalmente dentro del informe, en el apartado “II. Informe de resultados” en el punto No.2, indica que “los integrantes de la Comisión de Control Interno realizaron una autoevaluación específica generando una visión general de la organización desde tres perspectivas la Dirección Administrativa, Dirección Operativa y Planificación...”.

Referente a este tema, dentro de la presentación mencionada anteriormente, la Administración incluyó entre otras, las siguientes diapositivas:



- 5.3.1. Una con “Debilidades Autoevaluación 2019-2020”, en el punto “4. Proceso de autoevaluación a un nivel jerárquico superior”, indicó en “Acción: Implementación de la autoevaluación en nivel jerárquico de titulares subordinados – Encargados de Unidad”. Denotando que efectivamente en la Autoevaluación deben participar como mínimo los funcionarios que ocupan puestos de titulares subordinados hasta alcanzar al Jerarca. No obstante, dentro de la diapositiva “Autoevaluación 2019-2020”, “Plan de Mejoras” no se incluyó este tema.
- 5.3.2. Otra con la “Autoevaluación 2019-2020”, “Plan de Mejoras” con las siguientes actividades:
- “Actualización anual del sistema de valoración de riesgos, procedimientos y demás normativa vinculante.
 - Nombramiento oficial del equipo de trabajo de la CCI.
 - Control y seguimiento de los planes de acción de las auditorías externas e internas.
 - Establecimiento de un cronograma de reuniones ordinarias y posibles extraordinarias por parte de la CCI.
 - Cronograma de trabajo del Equipo de Trabajo de CI y definición de la hoja de ruta de las responsabilidades asociadas a dicho órgano.”

Sin embargo, aun y cuando la herramienta aplicada tenía la opción de marcar las casillas en “Estado de cumplimiento”: “SI”, “NO” y “PARCIAL”, y se observa que los tres participantes marcaron en todos los ítems en “Estado de cumplimiento: SI”. Por lo que no se identifican debilidades de control por mejorar, tampoco en el informe producto de esta autoevaluación comunicado a la Directora General con el Oficio CBCR-006110-2020-DAB-00109 del 14-02-2020, se informaron debilidades de control como se indicó en el apartado “III. Plan de Mejoras”:

“En este punto se aclara, que tal como se ha indicado en este documento las autoevaluaciones se realizaron desde tres ejes:

1. Plan de Mejora autoevaluación del control interno de procesos desde los propios responsables de áreas de gestión.
 - a. Dado que los cambios en los procedimientos se realizaron de manera inmediata a través de la actualización de los mismos, no se incluye en este apartado de plan de mejora, debido a que es un proceso ya completado.
 - b. Se dará seguimiento al proceso en el 2020 mismo ya implementado mediante oficio CBCR-004743-2020-DAB-00081.



2. Plan de Mejora autoevaluación del sistema general mediante las reuniones de seguimiento de la Comisión de control Interno.
 - a. En este punto la autoevaluación realizada por la Comisión sobre el Sistema de Control Interno, dio como resultado niveles positivos, no generando ningún punto de recomendación, como comprobante se adjuntan los formularios de Autoevaluación de los miembros de la Comisión de Control Interno.

3. Plan de Mejora autoevaluación mediante la revisión de los resultados de la Auditoria de Fraude externa y Control Interno generadas por la Auditoría Interna
 - a. Los 4 estudios de Auditoria Interna generaron un conjunto de recomendaciones, y la administración activa, genero un Plan de acción específico para cada una de las recomendaciones, mismas que se convierten en sí mismas en el Plan de Mejora...”

No obstante, como se indicó anteriormente en la presentación al CAC si se expuso un “plan de mejora” producto de la “Autoevaluación 2019-2020”; por lo que es importante que las debilidades de control asociadas a las acciones planteadas en dicho “plan de mejora”, queden reflejadas a nivel de los diferentes ítems aplicados en la herramienta utilizada en dicha Autoevaluación, de tal forma que el ítem asociado debe indicar en “Estado de cumplimiento” “NO” o “PARCIAL”; así mismo el “plan de acción” debe indicar el responsable y el plazo para llevar a cabo dicha acción, todo con el fin de dar cumplimiento con la norma “4.4.1 Documentación y registro de la gestión institucional” de las Normas de Control Interno para el Sector Público.

Por lo antes expuesto, al igual que en las Autoevaluaciones indicadas anteriormente, se observa que no se aplicó un proceso estandarizado, por lo que se debe crear un procedimiento, que considere además de lo indicado en las **Observaciones No.5.1 y No.5.2** lo siguiente:

- Que en el proceso de autoevaluación de SCI y seguimiento del SEVRI se incluya como mínimo a los funcionarios que ocupan puestos de titulares subordinados, para dar cumplimiento a lo informado en el CAC.
- Que todo plan de acción debe de tener sustento en alguna debilidad detectada producto de la aplicación de la herramienta de Autoevaluación del SCI y seguimientos del SEVRI.



Con base en lo anterior, se debe crear un procedimiento para el proceso de Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI que establezca además de lo indicado en las **Observaciones No.5.1 y No.5.2**, que incluya como mínimo los funcionarios que ocupan puestos de titulares subordinados, y la documentación de respaldo para los planes de acción. Ver **Recomendaciones No.8**.

5.4. Cumplimiento normativo

La Ley General de Control Interno, normó en su artículo 17 “realizar como mínimo una autoevaluación anual del Sistema de Control Interno Institucional...”, mediante los oficios CBCR-003454-2016-DAB-00167 con fecha del 08-02-2016, CBCR-005723-2018-PLB-00028 con fecha del 16-02-2018 y el CBCR-006110-2020-DAB-00109 del 14-02-2020, se remite a la Dirección General de Bomberos los informes de "Autoevaluación de Control Interno 2015", "Autoevaluación de Control Interno 2017" y "Autoevaluación de Control Interno 2019 y Plan de Mejora" respectivamente. Sin embargo, se observó que desde el 2014 que fue aprobado el Sistema de Control Interno a la fecha solo se encontró evidencia de tres Autoevaluaciones. Al respecto ver **Recomendación No.9**.

5.5. Instrumentos para aplicar la Autoevaluación.

En las Autoevaluaciones aplicadas se utilizan diferentes cuestionarios los cuales sirven como medio para sustentar los informes de las mismas; sin embargo, es importante resaltar que la Contraloría General de la República –en adelante CGR- tiene a disposición una herramienta llamada “Modelo de madurez del Sistema de Control Interno Institucional” que está disponible en la dirección <https://www.cgr.go.cr/03-documentos/normativa/control-interno.html>, la cual indica que “es una herramienta que se propone como una mejor práctica para las instituciones y que se integre como parte de los demás instrumentos que poseen para el seguimiento del sistema de control interno”, el cual “permite conocer el grado de avance de este sistema desde una óptica global, en donde se considere a la institución como un todo; o bien, a nivel de cada unidad orgánica que conforma la institución...”.

Por lo que es importante que en la metodología aplicada por la Institución para la Autoevaluación del SIC y del seguimiento del SEVRI, se integre como una mejor práctica la herramienta de la CGR mencionada anteriormente, siendo que la misma entidad la pone a disposición con el “afán de contribuir con el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de control interno de las instituciones del Sector Público”. Ver **Recomendación No.7 inciso b)**.



5.6. Buzón de correo

De la revisión de la documentación se observó que tanto la correspondencia saliente como entrante de las diferentes etapas del proceso de Autoevaluación del SCI y seguimiento del SEVRI estaban dirigidas a direcciones de correos personales de los miembros del Comisión y no a un buzón general de la Comisión. Lo anterior ocasiona que, ante ausencia dichos los funcionarios, esta información no está disponible para su uso y/o consulta, o en el peor escenario que el funcionario ya no labore para la institución (tal y como ya se presentó), dicha documentación soporte se pierde. Por lo que se debe crear un buzón para uso de la Comisión garantizando el medio que resguarde dicha información. Al respecto ver **Recomendación No.10**.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nuestra valoración del Control Interno se basa en el examen de pruebas selectivas y no necesariamente revela todos los asuntos de la estructura de Control Interno que podrían constituir deficiencias significativas conforme a las Normas de Auditoría generalmente aceptadas y emitidas por el Órgano Contralor. Lo anterior, debido a las limitaciones inherentes a cualquier estructura de Control Interno, errores e irregularidades que pueden ocurrir y no ser detectados, y que los objetivos de la estructura de Control Interno son suministrar una razonable, pero no absoluta seguridad de que la actuación del Jearca y la del resto de la Administración, se ejecuta conforme al marco legal y técnico y a las prácticas sanas.

Como resultado del estudio, esta Auditoría **recomienda** para fortalecer el Control Interno:

Recomendación No.1:

- a. Realizar una revisión de todos los documentos del proceso del Sistema de Control Interno y del seguimiento del SEVRI Institucional a la luz tanto de lo normado en el “Instructivo para la elaboración de documentos en el BCBCR”¹, en temas tales como, “Formato de los documentos”, “Contenido y formato del encabezado principal”, “Contenido y formato del Detalle Histórico”, “Sistema de codificación de documentos”, “Apartados” del cuerpo del documento, ajustar la prosa en los documentos oficializados según corresponda, normar lo referente a las “guías” y/o estandarizar dichas “guías” con uno de los tipos de documentos normados; así como lo aplicado en la práctica. Así mismo. Cumplir con lo instruido en el CBCR-024333-2020-DAB-00481 de actualizar los reglamentos internos y considerar las observaciones y recomendaciones indicadas en el presente informe.



- b. Actualizar el inventario de los documentos del proceso SCI y SEVRI Institucional (una vez actualizados estos) subir tanto el inventario de dichos documentos como los documentos actualizados y así dar cumplimiento a lo normado mediante oficio CBCR-010764-2017-DGB-00408 del 30-03-2017, de tal manera que se mantengan actualizados tanto los documentos oficiales en la página Web “Bomberos Inside” en <http://inside.bomberos.go.cr/> así como el inventario de los documentos publicados en el “Centro de Documentación”.

Recomendación No.2

Establecer a nivel institucional un lineamiento que norme el actuar de la institución antes casos fortuitos, en relación con documentos institucionales en los cuales debió constar la firma de dicho funcionario, que hacer en situaciones como la presentada, los temas tratados en los mismos tienen validez, se deben retomar y oficializar mediante otro documento. Así como en los acuerdos tomados que impliquen aspectos legales, dejar adjunto a estos el criterio legal de la Asesoría Jurídica que respalde los mismos, entre otros, de tal forma que la acción se tome oportunamente, en aras de dejar documentada la gestión institucional.

Recomendación No.3

Solicitar un criterio legal a la Asesoría Jurídica de la institución a fin de determinar que procede:

- a. Con las actas que no tienen la firma del coordinador que corresponden al:
 - a.1. Funcionario que falleció a la luz del Acuerdo V de la Acta No.41 del 11-02-2016 y considerando que las Actas 14 y 15 solo tienen una firma.
 - a.2. Ex funcionario de la institución, si se debe solicitar dicha firma –de acuerdo con la normativa vigente- o cómo se procede para normalizar dicha situación.
- b. Con las actas 14, 15 y 47 que en su momento hubo quórum para llevar a cabo la Sesión; no obstante, en el libro de actas únicamente consta la firma de la Encargada de Planificación, siendo que el Director Operativo estuvo ausente y el otro miembro para las actas 14 y 15 era el funcionario que falleció, mientras que en el acta 47 era el ex funcionario de Bomberos.
- c. Con las actas que indica:
 - c.1. Que se aprueba las actas de la misma sesión que se van a trabajar.
 - c.2. Sesiones que ya habían sido aprobadas.
 - c.3. Se vuelven a aprobar acuerdos que ya habían sido aprobados.
 - c.4. Actas que del todo no se evidencia su aprobación.
- d. Con las actas que están incompletas, por ejemplo, no tienen lugar, la hora y fecha de inicio o cierre de sesión, los invitados, entre otros, en pro del mejoramiento de la calidad de la información institucional.



- e. Sobre la validez del Acuerdo VI de la Sesión No.32, por medio del cual se cambia la periodicidad establecida en el Reglamento del Funcionamiento de la Comisión de Control Interno, en lugar de mensual a 3 meses para las Sesiones de la Comisión y también la periodicidad establecida en el Cronograma del Plan de Trabajo para el año 2020 de la Comisión la cual se cambia a bimensual; siendo que ambas modifican una periodicidad normada en un Reglamento aprobado previamente por el Consejo Directivo con el Acuerdo X en la Sesión No.43 efectuada el 31 de octubre de 2011.

Recomendación No.4

Incluir dentro proceso para la actualización y revisión de los Reglamentos internos del Cuerpo de Bomberos comunicado con el CBCR-024333-2020-DAB-00481 del 24-07-2020, la revisión y actualización del “Reglamento de funcionamiento de la Comisión de Control Interno”, considerando entre otros, temas tales como:

- a. El plazo en que se trasladan las actas en borrador para la correspondiente revisión, posterior a la celebración de la sesión.
- b. Que las actas y acuerdos tomados en una sesión, se deben revisar sus correcciones e incluirlos en el orden del día para su aprobación a más tardar en la sesión siguiente.
- c. Que dichos acuerdos y Actas deben quedar transcritos y en el libro de actas firmados a más tardar a la sesión siguiente.
- d. A la luz de lo normado tanto en el “Reglamento de la Secretaría de Actas del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica”, como en las sanas prácticas normadas en “Reglamento que rige el Accionar de los Órganos Colegiados del Grupo INS”, en temas sobre orden del día, estructura de las Actas, aprobación del Acta, Acuerdos, conservación de las Actas, firmeza, transcripción y la grabación de las Sesiones de la Comisión, en aras de estandarizarlo con las mejores prácticas aplicadas, así fortalecer el control interno institucional.

Recomendación No.5

Ajustar las Actas para que:

- a. Mantengan un formato estándar, que incluya los aspectos normados, así como las sanas prácticas en esta materia.
- b. Los formatos en PDF que se trasladen a revisión y aprobación de los miembros de la Comisión, sea copia fiel del Acta transcrita y firmada en el Libro de Actas.



Recomendación No.6

Establecer un control que le permita a la Comisión ejercer una supervisión constante en:

- a. Que la información que se emite y se adjunta como documentación soporte de las actas, esté completa, acorde a lo normado.
- b. Que tanto los acuerdos como las Actas se encuentren revisadas, transcritas en el Libro de Actas correspondientes y debidamente firmadas.
- c. Que las Actas que se transcriben en el Libro de Actas, sean copia fiel del Acta en formato PDF que se pasó a revisión.
- d. Que las Sesiones se efectúen con la periodicidad normada en el Reglamento.
- e. Establecer un control que permita dar un seguimiento oportuno a los acuerdos de la Comisión.

Recomendación No.7

Considerar en la definición de la metodología para la Autoevaluación del Sistema de Control Interno y del seguimiento del SEVRI que se efectuará, una vez que se proceda "...a contar con la asesoría de un especialista..." -indicada en el plan de acción del Informe "Evaluación de la gestión del riesgo de fraude" efectuado por los Auditores Externos-, lo siguiente:

- a. Identificar tanto los riesgos Institucionales como a nivel de las dependencias, con base en las fortalezas y debilidades de control interno de cada una, de forma tal que permita establecer las medidas de mitigación acordes al giro normal de la Institución.
- b. Integrar a las herramientas que se aplican en el proceso, como una mejor práctica, lo indicado por la Contraloría General de la República mediante la herramienta denominada "Modelo de madurez del Sistema de Control Interno Institucional".

Recomendación No.8

Crear un procedimiento para la aplicación del proceso de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno y del seguimiento del SEVRI el cual incluya herramientas y controles que consideren las diferentes etapas del proceso, con el fin de estandarizar y documentar la gestión, tomando en cuenta entre otros, los siguientes aspectos:

- a. Documentar la metodología utilizada en el proceso que considere:
 - a.1. La herramienta que se va a aplicar.
 - a.2. Las justificaciones en caso que se delimite el alcance.
 - a.3. Quienes son los participantes, que incluya como mínimo a los funcionarios que ocupan puestos de titulares subordinados.



- b. Documentación del proceso:
 - b.1. Dejar evidencia de la remisión de oficios emitidos por parte de la Comisión, relacionados con la notificación de los diferentes procesos, así como las respectivas respuestas por parte de las dependencias correspondientes.
 - b.2. Realizar por correo formal las convocatorias y solicitudes de información, con el fin de documentar la trazabilidad de las debilidades de control y los riesgos, así como el establecimiento de nuevos controles para mitigarlos.
 - b.3. Establecer en los oficios de solicitudes de información un plazo de tiempo de respuesta de remisión de la misma y valorar estandarizar dicho plazo para requerimientos similares solicitado para diferentes dependencias.
- c. Planes de acción:
 - c.1. Normar que todo plan de acción debe de tener sustento en alguna debilidad detectada producto de la aplicación de la herramienta al proceso, por lo que debe verse reflejado en alguno de los ítems aplicados.
 - c.2. Establecer una periodicidad en los seguimientos de los planes de acción.

Recomendación No.9

Dar cumplimiento con lo establecido, en la Ley General de Control Interno, en su artículo 17 inciso b, “Que la administración activa realice, por lo menos una vez al año, las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno...”.

Recomendación No.10

Establecer los controles que se estimen convenientes, de manera que la correspondencia entrante y saliente referente a temas de la Comisión, que se reciban o generen desde los correos personales de los funcionarios miembros de dicha Comisión, sean canalizados mediante un “buzón de la Comisión”, de tal forma que la información se encuentre centralizada, de fácil acceso, que se tenga un mejor control y seguimiento; así como, sea respalda de acuerdo con las políticas institucionales para tales efectos.