



Municipalidad de San Carlos
Departamento de Auditoría
Calle Central - Avenida 2. Apdo. 13. 4400.
Ciudad Quesada, San Carlos, Alajuela, Costa Rica



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

**MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS
AUDITORÍA INTERNA**

INFORME-MSCCM-AI-006-2023

**ESTUDIO SOBRE LA IDONEIDAD Y EFICACIA DEL DISEÑO DEL SISTEMA ESPECIFICO
DE VALORACIÓN DE RIESGO INSTITUCIONAL Y DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO**



Tabla de contenido

Resumen Ejecutivo	3
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Origen de la Auditoría	5
1.2. Objetivo general	5
1.3. Alcance	5
1.4. Criterios de Auditoría	6
1.5. Metodología	6
1.6. Aspectos positivos que favorecieron la ejecución de la Auditoría.....	6
1.7. Generalidades del objeto auditado	7
2. RESULTADOS	10
2.1. Aspectos susceptibles de mejora de la gestión de riesgos (SEVRI)	11
2.2. Falta de vinculación de la Planificación Institucional con el SEVRI y la ASCI	16
2.3. Funciones asignadas a los funcionarios del Departamento de Control Interno que	18
no concuerdan con el Manual de Cargos (Perfil) y al propio Departamento	18
2.4. Elementos limitantes en el avance continuo del SEVRI y la ASCI	21
2.5. Debilidades en relación con la Autoevaluación del Sistema de Control Interno (ASCI).....	24
2.6. Normativa técnica en relación con el SEVRI y la ASCI desactualizada	28
2.7. Estado de cumplimiento de las recomendaciones del informe IAI-001-2018.....	31
2.8. Percepción y conocimiento sobre el SEVRI y la ASCI.....	34
3. CONCLUSIONES	41
4. RECOMENDACIONES	42



Resumen Ejecutivo

La presente auditoría de carácter especial tuvo como propósito evaluar la idoneidad y eficacia del diseño del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) y de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos. Esta auditoría abarcó el período 2021, ampliándose en casos donde se consideró necesario.

La Valoración de Riesgos se define como la “identificación y análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas, relevantes para la consecución de los objetivos” (Ley General de Control Interno, No. 8292). Al respecto, el artículo N° 18 de la citada ley estipula que todo ente u órgano sujeto a la misma, deberá establecer y mantener en funcionamiento SEVRI, por áreas, actividades o tareas, de modo que pueda identificar de forma adecuada el nivel de riesgo institucional y así adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, con el propósito de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.

Por su parte, la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, se entiende como la identificación de oportunidades de mejora del sistema y la detección de cualquier desvío que afecte el cumplimiento de los objetivos institucionales (Normas de Control Interno para el Sector Público). Además, las citadas normas señalan que la Autoevaluación debe realizarse por lo menos una vez al año y que debe velarse porque sea llevada a cabo sistemáticamente y que sus resultados sean comunicados a las instancias idóneas para la toma de acciones y seguimiento de implementación.

Lo anterior deja en evidencia que el oportuno cumplimiento de los procesos del SEVRI y la ASCI son de suma importancia ya que garantizan el control normativo y regulatorio, asegura que la gestión municipal se encuentra bajo estándares de riesgo y control. Adicionalmente, es importante porque según la eficacia con la que la municipalidad aplique los mecanismos y procedimientos de Control Interno, se podrá lograr el cumplimiento eficiente de los objetivos y metas institucionales y por ende un servicio público acorde con las necesidades de los usuarios y el interés público.

Ahora bien, de conformidad con el estudio realizado se encontraron una serie de debilidades relacionadas con el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) y de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos, las cuales, en términos generales, versan sobre: identificación incorrecta o inexistente de los elementos que contienen las actividades del SEVRI (eventos, causas, consecuencias, controles, KCI, KRI,



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

etc.), falta de vinculación de la Planificación Institucional con el SEVRI y la ASCI, funciones asignadas a los funcionarios del Departamento de Control Interno que no concuerdan con el Manual de Puestos, elementos limitantes en el avance continuo del SEVRI y la ASCI, normativa técnica en relación con el SEVRI y la ASCI desactualizada, deficiencias en relación con las herramientas del SEVRI y la ASCI, débil cultura de riesgos y control, incumplimiento de recomendaciones emitidas en informes de auditoría anteriores, entre otros.

En virtud de lo anterior, se giran una serie de recomendaciones al Concejo Municipal y al Alcalde Municipal Interno para subsanar las debilidades determinadas, así como evitar la materialización de eventuales riesgos de fraude, corrupción, de recurso humano, de procesos y procedimientos, entre otros. Todo ello, con base en la normativa aplicable y analizado de conformidad con información y documentación del SICOP, así como proporcionada por diferentes departamentos municipales.



ESTUDIO SOBRE LA IDONEIDAD Y EFICACIA DEL DISEÑO DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE VALORACIÓN DE RIESGO INSTITUCIONAL Y DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la Auditoría

De acuerdo con su Plan Anual de Trabajo, la Auditoría Interna programó un proyecto de Auditoría de Carácter Especial, el cual tiene como objetivo, la coadyuvancia, el acompañamiento y apoyo a la Auditoría Interna en la ejecución de una Auditoría Carácter Especial para evaluar la Autoevaluación del Sistema de Control Interno y el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional de la Municipalidad de San Carlos.

1.2. Objetivo general

Evaluar de manera independiente respecto de la idoneidad y eficacia del diseño del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional y de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, así como auditar la puesta en funcionamiento y seguimiento de ambos sistemas conforme el marco jurídico y técnico aplicable y mejores prácticas, así como la vinculación con los objetivos estratégicos, tácticos y anuales, para dar aseguramiento razonable respecto de la capacidad y desempeño institucional.

1.3. Alcance

-
- Cobertura institucional: Las diferentes dependencias de la Municipalidad de San Carlos.
 - Cobertura de procesos: Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional y Autoevaluación del Sistema de Control Interno.
 - Cobertura en tiempo: Período 2021, ampliándose en aquellos casos que se estime pertinente.



1.4. Criterios de Auditoría

Los criterios de auditoría fueron comunicados el día 10 de marzo del 2023, mediante oficio, a la Sra. Karol Salas Vargas, Alcaldesa Municipal y al Lic. Jimmy Segura Rodríguez, Jefatura de Control Interno

1.5. Metodología

En el presente estudio se emplearon, entre otras técnicas de Auditoría, las siguientes:

- a) Revisión de la normativa interna (reglamentos y manuales) de la Municipalidad de San Carlos relacionada con el objeto de estudio.
- b) Análisis de la normativa legal y técnica aplicable en congruencia con los objetivos de la presente auditoría.
- c) Indagación, entrevistas y consultas a los funcionarios de los diferentes departamentos involucrados en el SEVRI y la ASCI.
- d) Tabulación de las principales situaciones detectadas que pudieran ayudar al objeto del estudio. e) Revisión del SEVRI y la ASCI (app).

1.6. Aspectos positivos que favorecieron la ejecución de la Auditoría

Durante la ejecución del estudio, esta Auditoría requirió en gran cantidad de ocasiones el apoyo del Departamento de Control Interno, específicamente de su jefatura, en aspectos tales como; aclaración de dudas, respuestas a consultas relacionadas con el objeto de estudio, coordinación con otros departamentos o jefaturas para la realización de algunas actividades, entre otros. Al respecto, se desea resaltar la notable disposición y colaboración brindada por el Departamento de Control Interno y por el Lic. Jimmy Segura Rodríguez la cual permitió y facilitó a esta Auditoría llevar a cabo el estudio de manera satisfactoria.

Las herramientas del SEVRI y la ASCI (app) fueron de acceso para esta Auditoría de manera remota, esta situación contribuyó a que no fuera necesario el traslado constante al municipio para realizar consultas o actividades de la etapa de examen de manera presencial en la municipalidad, generando una mayor eficiencia y eficacia, no obstante, cabe señalar, que en las ocasiones que se requirió realizar visitas al municipio para temas propios del estudio la



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

coordinación y disponibilidad de los funcionarios fue altamente efectiva y permitió que no se generaran atrasos o pausas en el estudio.

1.7. Generalidades del objeto auditado

A partir de la entrada en vigencia de la Ley General de Control Interno No. 8292, el 31 de julio del 2002, se estableció, en el artículo 18, la obligatoriedad de todo ente u órgano de contar con un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional por áreas, sectores, actividades o tareas, que permita identificar el nivel de riesgo institucional y adoptar los métodos de uso continuo y sistemático, a fin de analizar y administrar el nivel de dicho riesgo.

Por otra parte, el objetivo fundamental de la Municipalidad de San Carlos es generar valor público que beneficie a los ciudadanos del cantón. Para lograrlo, la Municipalidad se enfrenta a eventos futuros cuya posible materialización y consecuencias son, a priori, desconocidas. Estas incertidumbres pueden manifestarse en forma de riesgos (consecuencias negativas) y oportunidades (consecuencias positivas), que reducen o generan valor público ¹, respectivamente.

Ante este desafío, el Concejo Municipal y la Alcaldía, según sus respectivas competencias, deben determinar la cantidad y tipo de riesgos que están preparados para asumir, de cara a conseguir ese objetivo fundamental.

El valor público puede reducirse por una incorrecta planificación de largo, mediano y corto plazo, así como de una inadecuada estrategia, o su incorrecta ejecución que no permite gestionar los riesgos para el cumplimiento de sus objetivos. La gestión integral del riesgo es la vía por la que el Concejo Municipal y la Alcaldía pueden administrar efectivamente los riesgos, de tal modo que se fortalezca la capacidad de la entidad para crear y preservar valor público.

Para ello, el Concejo Municipal y la Alcaldía deben comprender los conceptos de riesgo y de oportunidad y, además, entender los riesgos específicos (y oportunidades) a los que se enfrenta la Municipalidad, con el objetivo de establecer un marco adecuado para mitigar su impacto en los objetivos y optimizar su probabilidad de ocurrencia. La gestión de riesgos se caracteriza por ser una disciplina estratégica orientada a crear y proteger el valor público, en beneficio de toda la población Sancarleña.

¹ El valor público, entendido como **el valor que las y los ciudadanos le otorgan a los bienes y servicios recibidos del Estado cuando satisfacen una necesidad sentida con calidad y oportunidad** y es al mismo tiempo una perspectiva potente para avanzar hacia sociedades más sostenibles y resilientes.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

El Concejo Municipal es el máximo responsable de asegurar que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que existe un sistema de gestión de riesgos adecuado.
- Que los procesos de gestión de riesgos implantados funcionen de manera eficaz.
- Que los principales riesgos a los que se enfrenta la Municipalidad se gestionan de acuerdo con el apetito de riesgo definido para apoyar la consecución de sus objetivos estratégicos, tácticos y operativos.
- Además, no se obtuvo evidencia de que el jerarca (Concejo Municipal), a pesar de ser el principal responsable del Control Interno y la gestión de riesgos (SEVRI), ejecutara la valoración de riesgos estratégicos relacionados con sus competencias, para que se administren de manera óptima los riesgos asociados a los objetivos de los procesos relevantes del Concejo Municipal.

Finalmente, es importante indicar que el grado de madurez en la gestión de riesgos representa el estatus de diversos factores que, en su conjunto, son un indicador de la capacidad que tiene la Municipalidad para gestionar los riesgos que amenazan la consecución de sus objetivos establecidos. Conforme mejora el nivel de competencia en gestión de riesgos de una entidad, la posibilidad de gestionar todo tipo de riesgos también aumenta. La premisa fundamental sobre la que se construye cualquier modelo de madurez reside en que un nivel bajo de madurez trae consigo una baja probabilidad de consecución de los objetivos establecidos, mientras que un alto grado de madurez implica una mayor probabilidad de éxito.

1.8. Comunicación de los resultados de la auditoría

La comunicación preliminar de los principales resultados, conclusiones y recomendaciones, producto de la auditoría a la que alude el presente informe, se llevó a cabo en el Despacho de la Auditoría Interna de la Municipalidad de San Carlos, el día 31 de mayo a las 2:00 p.m.; estando presentes los siguientes funcionarios de la Municipalidad de San Carlos: Sra. Ashley Branes Alvarado, Vicepresidenta Concejo Municipal; Sra. Karol Salas Vargas, Alcaldesa Municipal, Lic. Fernando Chaves Peralta, Auditor Interno, Licda. Roxana Guzmán Mena, funcionaria de la Auditoría Interna, Lic. Jimmy Segura Rodríguez, Jefatura Control Interno, Licda. Jéssica González Morales, Asistente Control Interno; Lic. Esteban Jiménez Sánchez, Jefatura a.i de Desarrollo Estratégico, Licda. Fanny Segura Castro. MBA., Profesional Externa.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

1.9 Normas técnicas a cumplir

Los resultados y la implantación de las recomendaciones del presente informe, se registrará entre otros, por lo dispuesto en los artículos 36, 37, 38 y 39 de la Ley General de Control Interno, los cuales en la parte que interesa señalan literalmente lo siguiente:

Las recomendaciones que se plantean en los diferentes informes de Auditoría, los cuales transcribimos a continuación.

“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: / 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. / a) 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. b) 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. / 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



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

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. / La Contraloría General de la República dirimirá el conflicto en última instancia, a solicitud del jerarca, de la auditoría interna o de ambos, en un plazo de treinta días hábiles, una vez completado el expediente que se formará al efecto. El hecho de no ejecutar injustificadamente lo resuelto en firme por el órgano contralor, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el capítulo V de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, de 7 de setiembre de 1994. / Artículo 39 - Causales de responsabilidad administrativa. El jerarca y los titulares subordinados incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, si incumplen injustificadamente los deberes asignados en esta Ley, sin perjuicio de otras causales previstas en el régimen aplicable a la respectiva relación de servicios. / El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa, cuando debiliten con sus acciones el sistema de control interno u omitan las actuaciones necesarias para establecerlo, mantenerlo, perfeccionarlo y evaluarlo, según la normativa técnica aplicable. (...) / (...) Igualmente, cabrá responsabilidad administrativa contra los funcionarios públicos que injustificadamente incumplan los deberes y las funciones que en materia de control interno les asigne el jerarca o el titular subordinado, incluso las acciones para instaurar las recomendaciones emitidas por la auditoría interna, sin perjuicio de las responsabilidades que les puedan ser imputadas civil y penalmente. / El jerarca, los titulares subordinados y los demás funcionarios públicos también incurrirán en responsabilidad administrativa y civil, cuando corresponda, por obstaculizar o retrasar el *cumplimiento de las potestades del auditor, el subauditor y los demás funcionarios de la auditoría interna, establecidas en esta Ley. Cuando se trate de actos u omisiones de órganos colegiados, la responsabilidad será atribuida a todos sus integrantes, salvo que conste, de manera expresa, el voto negativo*".

2. RESULTADOS

Es importante destacar que los resultados obtenidos en el presente estudio no necesariamente son producto de actos o decisiones tomadas en los períodos 2020 al 2022, sino que se originan de la falta o incorrecta toma de decisiones y de la ejecución de acciones por parte de los Concejos Municipales y la Alcaldía de, aproximadamente, 20 años atrás, desde que se emitieron



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

la Ley General de Control Interno (N°8292), así como otras normativas emitidas por la CGR de manera progresiva.

2.1. Aspectos susceptibles de mejora de la gestión de riesgos (SEVRI)

Como parte de las acciones ejecutadas por el Departamento de Control Interno, en aras de facilitar y mejorar la gestión de riesgos en el municipio y en atención a las recomendaciones emitidas en el informe IAI-001-2018, dicho departamento diseñó y elaboró una herramienta que permite realizar las diferentes actividades del SEVRI, la misma, fue desarrollada en el sistema PowerApps; y coadyuva a las diferentes dependencias municipales y en general a la Municipalidad a llevar los registros de datos e información sobre la gestión de riesgos (SEVRI). Una óptima gestión de riesgos municipal es de suma importancia para asegurar la continuidad de los servicios y evitar, en caso de la materialización de algún riesgo, afectaciones significativas para el municipio y la comunidad sancarleña. Es por esto, que como parte del estudio desarrollado, se llevó a cabo una revisión de la información contenida en la herramienta del SEVRI en una muestra de 22 dependencias municipales, con el objetivo de determinar si su uso es óptimo, oportuno y si permite determinar claramente los datos e información histórica, así como identificar aspectos susceptibles de mejora en el uso y diseño de esta herramienta por parte de los responsables de la ejecución del SEVRI de las diferentes dependencias municipales.

Como parte de dicha revisión y análisis se determinaron una serie de aspectos susceptibles de mejora; a continuación, se exponen cada una de estas situaciones:

Primeramente, se determinó que en un 22,73% de las dependencias de la muestra revisada no se localizó, dentro de la herramienta SEVRI (app), información alguna referente a la valoración de riesgos (eventos, causas/factor de riesgo, consecuencias, KRIs, etc.).

También, se identificó que no existe una estructura organizacional que apoye la operación del SEVRI, y se determinó que no se ha establecido un modelo de madurez que permita determinar mediante un nivel determinado el estado actual del SEVRI, permitiendo identificar, de mejor manera, la necesidad de mejorar aspectos relevantes con el fin de alcanzar un nivel de madurez óptimo para garantizar que la valoración de riesgos efectuada en la municipalidad permite identificar y administrar los riesgos de una manera eficaz y eficiente, así como ubicarse en un nivel de riesgo aceptable.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Otro aspecto que se determinó sobre la herramienta (app) es que no contiene como mínimo los criterios establecidos en la actividad de evaluación contemplados en la circular del SEVRI. Esto en virtud de que, entre otros, en la mayoría de los casos de la muestra revisada no se definen las formas de ocurrencia de los eventos ni el momento y lugar en el que podrían ocurrir; lo anterior contraviene lo establecido en los incisos a y c del punto 4.2 - Identificación de riesgos de las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI).

Aunado a lo anterior, se tiene que los objetivos de la mayoría de las dependencias de la muestra revisada presentan errores en su formulación, esto en virtud de que los mismos no establecen su propósito, situación que dificulta la identificación de eventos que podrían limitar su cumplimiento.

También, se determinó que en un 90,91% de las dependencias de la muestra revisada (20 dependencias) los riesgos (en adelante eventos), fueron identificados incorrectamente o bien presentan errores, lo anterior, en virtud de que algunos de ellos no corresponden a eventos sino a categorías de riesgos, otros son situaciones que no afectan el cumplimiento del objetivo, algunos son el inverso del objetivo (el objetivo en negativo), entre otros. Es importante señalar que, al definirse incorrectamente el evento todo el análisis posterior (identificación de causas, controles, niveles de riesgo inherente y residual, planes de tratamiento, etc.) serán incorrectos o infuncionales, dado que el evento es el elemento incierto del riesgo que debe ser gestionado mediante la causa y al no definirse correctamente no se estaría gestionando la parte incierta del riesgo, lo que genera que el análisis realizado no sea el apropiado y sea de verdadera utilidad. Otro aspecto a destacar en relación con la identificación de riesgos es que en ninguna de las dependencias de la muestra revisada se obtuvo evidencia de que se contemplaran los riesgos disruptivos y de continuidad asociados a las dependencias.

Aunado a lo anterior, en el 90,91% de las dependencias de la muestra revisada (20 dependencias) las causas asociadas a los eventos fueron identificadas de manera incorrecta o presentan errores, esto dado que en algunos casos se plantean eventos y no causas, otras no tienen relación alguna con el evento, algunas son poco claras, además, se identificaron casos en los que no se definió causa para alguno o varios de los eventos identificados, generando que el evento identificado no pueda ser gestionado.

Ahora bien, en el 68,18% de las dependencias de la muestra revisada (15 dependencias) la identificación de los KRIs se realizó de manera incorrecta o presenta errores, esto dado que, por ejemplo, en algunos casos no se identificó el KRI de la causa, otros cuentan con un estado



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

actual desactualizado y algunos de ellos no se relacionan con la causa identificada. Así mismo, en un 68,18% de las dependencias de la muestra revisada (15 dependencias) no se definieron KCIs para los controles identificados, en un 27,27% (6 dependencias) se identificaron errores en indicadores KCIs dado que no se relacionan con los controles identificados y únicamente en un 4,55% (1 dependencia) los KCIs fueron identificados de manera correcta.

Adicionalmente, se identificó que en el 63,64% de las dependencias de la muestra revisada (14 dependencias) los controles detallados no se relacionan con la causa, no se comprende el control y en algunos casos su redacción es confusa.

Se determinó también que en un 54,55% de las dependencias de la muestra revisada (12 dependencias) no se establecieron consecuencias para los eventos identificados, así mismo, en un 22,73% de la muestra revisada (5 dependencias), no se establecieron consecuencias al menos en uno de los eventos identificados. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos se identificó una única consecuencia para los eventos, lo que evidencia un débil análisis al momento de determinar las consecuencias.

En relación con el entorno interno y externo se determinó que no se realiza el respectivo análisis, solo en algunos casos, se detalla información sobre aspectos del entorno, no obstante, en ocasiones la información que allí se indica es poco clara o se encuentra desactualizada. Tampoco se obtuvo evidencia de la existencia de un análisis del entorno interno y externo a nivel de toda la municipalidad, el cuál sirva de insumo para la determinación de riesgos de las diferentes dependencias municipales. Al respecto, ante consulta realizada por esta Auditoría, la jefatura de Control Interno indicó en el oficio **MSCAM-CI-059-2023** que, en la operación del SEVRI cada unidad ha realizado dichos análisis antes de poder iniciar con la Valoración de Riesgos, no obstante, como se indicó anteriormente la información que se encuentra en la herramienta SEVRI no corresponde a un análisis. Además, se indicó que se ha informado a Desarrollo Estratégico la necesidad de que se desarrollen dichos análisis.

Sumado a lo anterior, en un 86,36% de las dependencias de la muestra revisada (19 dependencias) no se establecieron planes de tratamiento para ninguno de los riesgos identificados, así mismo, en el restante 13,64% de la muestra se indican planes de tratamiento, sin embargo, algunos de estos son poco claros, carentes de información o no guardan ninguna relación con el riesgo al cual se asocian, dichos planes no definen plazos, responsables actividades, etc. Esta situación no permite que se pueda dar seguimiento a estos planes.

Con respecto a la determinación del nivel de riesgo inherente en ocasiones, no se definió el nivel de riesgo inherente para algunos de los riesgos identificados, así mismo, algunos de los



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

niveles de riesgo inherente identificados se encuentren incorrectamente definidos, dado que, por la naturaleza de la actividad que se está analizando no es viable el nivel de riesgo asignado. En cuanto a la determinación del nivel de riesgo residual en algunos casos, los valores de probabilidad e impacto se elevaron, situación que no es posible, dado que esto significaría que los controles que existen en los departamentos ocasionan un efecto negativo. Así mismo, en algunos casos, el valor de la probabilidad o impacto se estableció en 0 lo cual no es correcto. En relación con los dos puntos anteriores un análisis débil o la indeterminación de aspectos tales como las causas, consecuencias o controles asociados a los eventos por parte de los funcionarios responsables, influyen de manera significativa en los resultados de los niveles de riesgos inherente y residual, generando que la mayoría de los riesgos cuenten con un nivel bajo o muy bajo, lo que podría provocar que al realizarse incorrectamente los cálculos respectivos, riesgos de una considerable relevancia no sean administrados de manera óptima. Cabe señalar que el Departamento de Control Interno indicó, mediante el oficio **MSCAM-CI-059-2023**, que la situación anterior fue identificada también por este Departamento, dado que se ha notado una tendencia a que la mayoría de los niveles de riesgo identificados por las diferentes dependencias sean bajos o muy bajos.

En lo que respecta al seguimiento y monitoreo de los KRIs y KCIs se determinaron una serie de aspectos susceptibles de mejora, como por ejemplo, dentro de la herramienta no se localiza evidencia de seguimientos y monitoreos históricos, lo que no permite determinar si estos se han realizado de manera correcta, por otra parte, se observaron datos desactualizados que evidencian la no realización del seguimiento y monitoreo, esto en virtud de que se indica en fecha de próxima revisión fechas de años como 2001 (fecha predeterminada por la app) y 2021. Las situaciones identificadas y expuestas anteriormente han generado o podrían generar, una inobservancia o incumplimiento de lo establecido en la normativa técnica y jurídica que regula la materia, por ejemplo, lo establecido en la Ley General de Control Interno, específicamente, en el artículo 14 – Valoración del riesgo, en el cual se establecen los deberes del jerarca y los titulares subordinados en relación con el SEVRI; así mismo, el artículo 18 – Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional, establece el deber de toda entidad u órgano de Contar con un SEVRI. Aunado a lo anterior, las Directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), en el punto 3.3 – Ambiente de apoyo, establece que, en cada institución deberá existir una estructura organizacional que apoye la operación del SEVRI. Así mismo, el punto 4.7 – Documentación de



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

riesgos, señala que, se deberá documentar la información sobre los riesgos y las medidas para la administración de estos.

Por otra parte, a nivel de normativa interna, el Manual para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional de la Municipalidad de San Carlos, establece, en el punto 3.2.3.2.1 – Criterios para el Establecimiento del contexto, que, para cada proyecto de valoración de riesgos, se llevará a cabo un establecimiento del contexto interno y externo. (...). Aunado a esto, el Punto 3.2.3.2.2 – Criterios para la identificación de los riesgos, señala que, para cada riesgo, se identificarán sus causas y sus consecuencias, así como, que se debe identificar la forma de ocurrencia de dichos eventos y el momento y lugar en el que podrían ocurrir. Finalmente, es importante mencionar que los hechos descritos anteriormente, también generan o podrían generar un incumplimiento a lo establecido en los puntos 3.6, 4.3.1, 4.4 y 4.5 del Manual de maras.

Esta Auditoría, una vez realizado el análisis respectivo, determinó, como principales causas de las situaciones presentadas la falta de una correcta transmisión de conocimientos a los funcionarios de la municipalidad por parte de los profesionales externos que han brindado capacitación en esta materia. Así mismo, la falta de una consolidación de una óptima cultura de riesgos en los funcionarios responsables de la ejecución de la valoración de riesgos, y, finalmente, la ausencia de una óptima y oportuna retroalimentación por parte del Departamento de Control Interno hacia las diferentes dependencias municipales en relación con el SEVRI, producto de la imposibilidad de realizar el seguimiento y monitoreo respectivo a las valoraciones de riesgos, generando que la identificación de errores, posibles mejoras, corrección de desviaciones y otras acciones en pro de un mejoramiento del SEVRI no hayan podido ser realizadas de manera correcta y oportuna.

Es importante señalar que, los hechos descritos podrían contribuir a la materialización de situaciones no deseadas, entre estas situaciones destacan, la ausencia de controles que mitiguen el impacto o probabilidad de los riesgos identificados o existentes, afectación a la continuidad de los servicios que brinda la municipalidad, un débil Sistema de Control Interno, lo cual repercute en riesgos de fraude, corrupción, demandas, procedimientos administrativos, denuncias penales y otros, repercusiones legales producto del incumplimiento de la normativa vigente, insuficiente información y conocimiento en materia de riesgos para la toma de decisiones, aumento del costo de oportunidad y posible materialización de riesgos que ubican a la Municipalidad en niveles de riesgo inaceptables, entre otros.



2.2. Falta de vinculación de la Planificación Institucional con el SEVRI y la ASCI

La vinculación entre la planificación institucional, el SEVRI y la ASCI resulta de vital importancia para garantizar que aspectos relevantes del municipio, en materia de riesgos, sean atendidos de manera eficaz y eficiente, dado que estas actividades (SEVRI, ASCI y Planificación) son insumo de retroalimentación entre ellas. Es por lo anterior, que esta Auditoría procedió a analizar si los planes anuales operativos de los períodos 2020 y 2021 se encontraban vinculados con los objetivos, metas y estrategias del Plan Estratégico 2020 – 2024 y comprobar si en estos planes se definieron los riesgos asociados a los objetivos, metas y estrategias. Así mismo, se evaluó la vinculación entre la ASCI, el SEVRI y la Planificación Institucional. Lo anterior permitió determinar una serie de aspectos susceptibles de mejora que se detallan a continuación:

Con base en la revisión y análisis del Plan Estratégico Municipal 2020-2024, Plan Anual Operativo 2020 y 2021, no se encontró evidencia de que el área de Desarrollo Estratégico identificara los riesgos asociados a los objetivos, metas y estrategias en ninguno de los planes antes mencionados.

Además, se identificó que el área de Desarrollo Estratégico no estableció Planes de Mitigación de Riesgo, períodos 2020-2021, lo anterior en virtud de que, como se mencionó anteriormente, no se identificaron los riesgos asociados.

También, se determinó que los objetivos establecidos en los Planes Anuales Operativos (2020-2021) no se vinculan con ningún objetivo específico establecido en el Plan Estratégico Institucional. No obstante, se hace la observación de que existe una vinculación de los objetivos del Plan Anual Operativo con las diferentes áreas estratégicas del PEI. Aunado a ello, en los PAO (2020-2021) no se definen las estrategias para la consecución de los objetivos y metas definidas en estos Planes.

Otro aspecto a destacar es que no se encontró evidencia, para el período del 2020 al 2022, de que la herramienta SEVRI (app) estuviese vinculada con la estrategia de planificación del SEVRI. Se consultó al respecto tanto a Control Interno como a Desarrollo Estratégico, a lo cual se informó, en oficio MSCAM-CI-016-2023, que, aunque la metodología del SEVRI está elaborada para derivarse del proceso de Planificación Estratégica actualmente no es posible hacer dicho ligue de manera efectiva. Al respecto, en oficio MSCAM-CI-016-2023, se informó que en el año 2021 se colaboró con Desarrollo Estratégico al capacitarles sobre la estructura mínima que debían implementar en relación con gestión para Resultados (esto sigue en



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

proceso) y en 2022 se les creó una herramienta para tuvieran automatizada la evaluación de los objetivos, pero esta fue descontinuada por esa unidad.

Cabe señalar que, en oficio MSCAM-CI-016-2023, la administración indica que las debilidades en la planificación no permiten que los resultados de la Gestión de Riesgos (SEVRI) y la Autoevaluación del Sistema de Control Interno se integren de forma efectiva con la Planificación Institucional de corto, mediano y largo plazo.

Adicionalmente, en oficio AE-ACE-CI-007-2023 se consulta a la jefatura de Desarrollo Estratégico sobre las razones por las cuáles en los períodos 2020, 2021 y 2022 no se vinculó el SEVRI con la planificación institucional, tanto desde su origen como con los planes del SEVRI y de la Autoevaluación Institucional; a lo cual se responde, mediante oficio MSCAM-DE-0023-2023, que debido al proceso de cambio en la planificación institucional que se dio en el periodo 2021 y 2022, actualmente se está en el planteamiento de una estrategia que permita vincular ambas herramientas. Además, se menciona que en lo referente al período 2020 “(...) se tomaba en cuenta la identificación del SEVRI en la herramienta antigua que se trabajaba conocida como Fichas Técnicas por metas PAO, sin embargo, no se tenía madurez en la aplicación del Sistema SEVRI; se utilizaba otra herramienta en Excel donde se recibió capacitación por parte del consultor externo, se conocieron conceptos y otros de interés, pero no se demandó una estricta vinculación con nuestra planificación institucional”.

En síntesis se tiene que el Departamento de Desarrollo Estratégico no colaboró, apoyó ni observó las indicaciones emitidas por el Departamento de Control Interno, para mejorar los procesos de SEVRI y Autoevaluación, dado que la valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables y los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional.

Ahora bien, con las situaciones expuestas anteriormente, existe o podría existir, una contravención a lo establecido en normativa técnica y legal que regula la materia, por ejemplo, el Manual para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional de la Municipalidad de San Carlos, señala, en el punto 2.6 – Características del SEVRI, que el deberá tener como característica que los componentes y actividades del



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

sistema se establecen y desarrollan de forma integrada con los procesos de planificación de la Institución.

En esta misma línea, las Normas de Control Interno para el Sector Público, en la norma 3.3 – Vinculación con la planificación institucional, se establece, de manera textual, lo siguiente:

“La valoración del riesgo debe sustentarse en un proceso de planificación que considere la misión y la visión institucionales, así como objetivos, metas, políticas e indicadores de desempeño claros, medibles, realistas y aplicables (...). Asimismo, los resultados de la valoración del riesgo deben ser insumos para retroalimentar ese proceso de planificación, aportando elementos para que el jerarca y los titulares subordinados estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de planificación estratégica y operativa institucional, para determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos.”

Por otra parte, también es importante traer a colación lo establecido por el Mideplan en las Orientaciones básicas para la formulación y seguimiento del PEI, en las cuales, en el punto 2.2.1.8 – Definición de riesgos, se indica que en la formulación de cualquier estrategia institucional se deben considerar los posibles riesgos que podrían incidir en su cumplimiento. Esta Auditoría, como causa de los hechos descritos anteriormente, identificó, que estos se deben, principalmente, a la falta de diligencia, debido cuidado y coordinación por parte de la ex jefatura del Departamento de Desarrollo Estratégico en la determinación de los riesgos asociados a los diferentes planes institucionales y en la vinculación de estos. Así como a que no se ha definido el procedimiento y diseñado los mecanismos necesarios para que la planificación municipal cumpla lo regulado por la normativa específica.

La situación expuesta en párrafos anteriores podría conllevar a la materialización de situaciones no deseadas, tales como: incumplimiento de objetivos y metas producto de la materialización de riesgos, incumplimientos legales, procedimientos administrativos, un proceso de riesgos y de controles que no generen valor agregado y público necesario, para que el SEVRI y la ASCI sean utilizados para llevar a cabo dichos procesos y utilizar sus resultados como retroalimentación en los planes institucionales, entre otros.

2.3. Funciones asignadas a los funcionarios del Departamento de Control Interno que no concuerdan con el Manual de Cargos (Perfil) y al propio Departamento



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Esta Auditoría identificó que al personal del Departamento de Control Interno le fueron asignadas funciones que no concuerdan con el Manual de Cargos (perfil) o no competen al Departamento. Por ejemplo, el artículo 60 – Atención de denuncias y quejas, del Reglamento de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos establece lo siguiente:

“Corresponderá al Departamento de Control Interno atender todas las quejas y denuncias que realicen los contribuyentes, funcionarios o cualquier otro interesado, sobre el actuar de los funcionarios municipales, conforme al Manual para Atención de Denuncias de la Municipalidad de San Carlos.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación que todo funcionario tiene de recibir y dar trámite a las quejas o denuncias que se le planteen.”

Lo establecido en el artículo anterior, en relación con la atención de quejas, corresponde a una función que le compete a la Contraloría de Servicios.

Además, se determinó que las funciones ejercidas en la práctica por los funcionarios de Control Interno no concuerdan a cabalidad con las reguladas por el Manual de Puestos de la Municipalidad de San Carlos, en forma total o parcial, lo cual fue confirmado mediante oficio MSCAM-CI-064-2023, a continuación, se enumeran algunas de éstas:

1. Desarrollar las valoraciones, evaluaciones, investigaciones y estudios que le sean solicitados por la Alcaldía Municipal y que se consideren necesarios para garantizar el mejor funcionamiento del SCI, sin perjuicio de que estas puedan ser solicitadas a otra unidad.
2. Gestionar las correcciones que sean necesarias en los procesos de control interno ejecutados en la Municipalidad de San Carlos para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales y del Sistema de Control Interno.
3. Estudiar y recomendar los ajustes que requieren los lineamientos, herramientas, reglamentos, procedimientos y otros en materia de control interno que sean propuestos por los funcionarios de la Municipalidad de San Carlos de previo a su aprobación por parte de la Alcaldía Municipal y el Concejo Municipal.
4. Estudiar y aprobar los cambios que se consideren necesarios en la estructura municipal, para ajustarlos a los requerimientos del Sistema de Control Interno.
5. Confeccionar el Plan Anual de Fortalecimiento del Sistema de Control Interno y presentarlo para conocimiento de la Alcaldía Municipal y los titulares subordinados.
6. Gestionar el proceso de evaluación y autoevaluación del Sistema de Control Interno, de conformidad con lo establecido en el Reglamento.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

7. Promover el desarrollo de Sistemas de Información y Comunicaciones de conformidad con lo establecido en el Capítulo V Reglamento.
8. Velar porque los titulares subordinados y los funcionarios, cumplan las responsabilidades propias al SCI, hacer los reportes a la Alcaldía Municipal y solicitar las medidas necesarias para el cumplimiento de este punto.
9. Recibir, analizar y realizar las recomendaciones que sean necesarias sobre las quejas y denuncias que presenten los interesados, sobre las actuaciones de los funcionarios municipales o la administración en el ejercicio de las labores y que tiendan a poner en riesgo la consecución de los objetivos y metas de la Municipalidad y del SCI.
10. Las demás que le sean asignadas por la Alcaldía Municipal para el logro de los objetivos institucionales y del SCI.
11. Las demás que por su naturaleza le correspondan sobre el SCI.

En relación con los hechos descritos anteriormente, existe o podría existir un incumplimiento a lo establecido en la Ley Reguladora del Sistema Nacional de Contraloría de Servicios, la cual establece en su artículo 14 – Funciones de las Contralorías de Servicios, que es función de las contralorías de servicios atender, de manera oportuna y efectiva, las gestiones que presenten las personas usuarias ante la contraloría de servicios sobre los servicios que brinda la organización, con el fin de procurar la solución y orientación de las gestiones que planteen (...). Por otra parte, la Ley General de Control Interno (Ley 8292), establece en su artículo 29 – Requisitos de los puestos, que los entes y órganos sujetos a dicha Ley definirán, en sus respectivos manuales de cargos y clases, la descripción de las funciones y los requisitos correspondientes para cada uno de los cargos (...).

Además, el Código Municipal (Ley 7794) en su artículo 129, señala textualmente lo siguiente:

“Las municipalidades adecuarán y mantendrán actualizado el Manual Descriptivo de Puestos General, con base en un Manual descriptivo integral para el régimen municipal. Contendrá una descripción completa y sucinta de las tareas típicas y suplementarias de los puestos, los deberes, las responsabilidades y los requisitos mínimos de cada clase de puestos, así como otras condiciones ambientales y de organización. (...)”

En relación con lo anterior, esta Auditoría identificó, como principal causa de la situación expuesta, que esta se debe a que progresivamente se le han asignado funciones al personal de Control Interno, sin considerar que debe encontrarse acorde con el Manual de Puestos (perfil), así como a los salarios definidos, permitiendo que se conserve el equilibrio salarial en la Municipalidad. Además, otra causa es que en los últimos años no se ha analizado el Reglamento



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

de Control Interno en cuanto a las funciones que asigna a este Departamento, entre otros, no considerando lo regulado en la Ley Reguladora del Sistema Nacional de Contraloría de Servicios, además el departamento competente no ha realizado un estudio técnico que permita determinar si de conformidad con las funciones y responsabilidades que se han ido adquiriendo el puesto y los salarios son los que corresponden.

Producto de los hechos expuestos en párrafos anteriores, podrían materializarse situaciones no deseadas, tales como: demandas por parte de los funcionarios del Departamento de Control Interno o no aceptación de ejecutar funciones que no se encuentren contempladas en el Manual de Puestos, falta de conocimientos técnico en atención de denuncias y servicio a los usuarios por parte de los funcionarios a los que se ha responsabilizado estas funciones, exceso de carga laboral para los funcionarios del Departamento, inoportuna atención de las denuncias o de inconformidades de los usuarios, así como atrasos en otros trabajos que se ejecutan en el Departamento, repercusiones legales producto del incumplimiento a la normativa aplicable, desequilibrio en la escala salarial en el ámbito municipal, entre otras.

2.4. Elementos limitantes en el avance continuo del SEVRI y la ASCI

Esta Auditoría de conformidad con el análisis realizado, identificó que existen o existieron una serie de aspectos que limitaron el avance progresivo, significativo, eficaz y eficiente de la gestión de riesgos y la Autoevaluación del Sistema de Control Interno en la Municipalidad de San Carlos. A continuación, se detallan cada una de las situaciones identificadas, las cuales comprenden situaciones tanto del ámbito interno, como del ámbito externo del municipio.

El Departamento de Control Interno posee una alta carga laboral, la cual se dificulta cubrir con el personal que se le ha asignado en los períodos del 2020 al 2022, al ser consciente la jefatura de ese Departamento de dicha situación, ha solicitado plazas en distintas ocasiones al jerarca, pero estas no han sido asignadas, lo anterior, de conformidad con el oficio **MSCAM-CI-059-2023**.

Así mismo, en el oficio **MSCAM-CI-059-2023** la Administración informó que la valoración de riesgos de la Municipalidad se vio afectada producto de la eliminación de los recursos presupuestarios disponibles para el Departamento de Control Interno durante el periodo 2020. Aunado a lo anterior, lo expuesto en los dos puntos anteriores, ha provocado que la capacidad del Departamento de Control Interno para hacer revisiones de las valoraciones de riesgo y las Autoevaluaciones del Sistema de Control Interno de las diferentes dependencias municipales



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

se limitara, la ausencia de acompañamiento y capacitación no ha contribuido a maximizar los resultados de estos sistemas.

Por otra parte, en la Municipalidad existe una cultura de riesgo y planificación inmadura, en tanto, se ha hecho difícil que los funcionarios comprendan la relevancia de ambos procesos para fortalecer su trabajo y mitigar eventuales riesgos, generando que el proceso se visualice como una actividad de mero cumplimiento, esto de conformidad con el oficio **MSCAM-CI-059-2023**.

Cabe señalar, que la falta de conocimiento de los tecnicismos del proceso de valoración de riesgos de parte de los funcionarios municipales, hace necesario que se capacite constantemente al personal, sin embargo, al no contar con recursos necesarios esto no es posible. Además, que durante el periodo de la pandemia 2020 – 2022 todas las capacitaciones fueron suspendidas.

Es importante señalar que la Municipalidad tiene un problema con la desactualización de la estructura organizacional, que a su vez, ha generado que no se actualice el mapa de procesos aprobado en el 2012, al respecto en oficio **MSCAM-CI-016-2023** se informa que se han realizado propuestas del mapa de procesos, que aún no cuentan con la aprobación formal, por lo cual para efectos prácticos, se identifican como parte del SEVRI el tipo de proceso al que pertenece un factor de riesgo utilizando tanto el mapa de procesos vigente como las propuestas realizadas, sin embargo, Control Interno reconoce que esta carencia genera complicaciones y falta de claridad para las dependencias municipales.

Otra situación es que no se suministró una guía o herramienta para elaborar los objetivos de los diferentes planes institucionales, procedimientos departamentales, lo que afecta la gestión de riesgos, en virtud de que algunos objetivos se encuentran incorrectamente elaborados.

Finalmente, el hecho de que Desarrollo Estratégico no contribuyó según le corresponde y las consecuencias producto de la pandemia generada por el COVID-19 fueron aspectos que también limitaron el avance del SEVRI y la ASCI.

Las situaciones detalladas en los párrafos anteriores, han generado o podrían generar, incumplimientos a la normativa técnica y legal vigente, o dificultar el cumplimiento de dicha normativa, dentro de la cual destaca lo establecido en el artículo 10 – Responsabilidad por el sistema de control interno, de la Ley General de Control Interno (Ley 8292), el cual señala la responsabilidad del jerarca y de los titulares subordinados de establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional y realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento. Además, el artículo 12 de la Ley de marcos hace



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

referencia a la responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados de velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo y tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades.

Por otra parte, lo establecido en la directriz 2.7 – Responsabilidad del SEVRI, de las directrices Generales para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI), indica que el jerarca y los titulares subordinados de la institución son responsables del establecimiento y funcionamiento del SEVRI, y que deberán tomar las medidas necesarias tendientes a fortalecer y perfeccionar el SEVRI. Además, la directriz 3.4 - Recursos, de las directrices de marcos indica, de manera textual, indica lo siguiente:

“El SEVRI deberá contar con los recursos financieros, humanos, técnicos, materiales y demás necesarios para su establecimiento, operación, perfeccionamiento y evaluación, según lo dispuesto en esta normativa. / Los recursos que se asignen al SEVRI deberán obtenerse, de forma prioritaria, de los existentes en la institución en el momento de determinar su requerimiento. En caso de no contar con algún recurso particular, deberá adquirirse en tanto sus beneficios excedan los costos cumpliendo los procesos presupuestarios y contractuales respectivos. / En el diseño, operación, evaluación y seguimiento del SEVRI se deberán seleccionar y capacitar los recursos humanos que garanticen el cumplimiento del objetivo del Sistema. / El presupuesto institucional deberá contemplar los recursos financieros necesarios para la implementación de la estrategia del SEVRI y las provisiones y reservas para la ejecución de las medidas para la administración de riesgos.”.

Finalmente, es importante señalar lo establecido en las Normas de Control Interno para el Sector Público, específicamente en la norma 2.4 – Idoneidad del personas y la norma 2.5 - estructura organizativa, las cuales establecen, respectivamente, que el personal debe reunir las competencias y valores requeridos, de conformidad con los manuales de puestos institucionales y que el jerarca y los titulares subordinados deben procurar una estructura que defina la organización formal, sus relaciones jerárquicas, líneas de dependencia y coordinación, así como la relación con otros elementos que conforman la institución, y que apoye el logro de los objetivos.

Como causas de las situaciones expuestas anteriormente, esta Auditoría determinó que se deben, principalmente, a una serie de situaciones inesperadas y disruptivas que se presentaron a nivel cantonal, nacional y mundial, como el caso de la pandemia por el COVID-19. No obstante, la débil cultura de riesgos, la falta de conocimientos y de compromiso de los



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

funcionarios y jerarca municipal, así como la insuficiente dotación de recursos al Departamento de Control Interno, agravaron la situación y no permitieron que se mantuviera un avance progresivo y el fortalecimiento en materia de riesgos.

Cabe señalar, que producto de los hechos expuestos se materializaron, para los períodos 2020-2021 y gran parte de las 2022 situaciones no deseadas tales como una incorrecta gestión de riesgos, una falta de avance en el mejoramiento del Sistema de Control Interno, planes de mejora o de administración de riesgos débiles o inexistentes, costo de oportunidad en el Departamento de Control Interno, debilitamiento de la cultura de riesgos en el municipio, repercusiones legales producto del incumplimiento de la normativa vigente, procedimientos y normativa interna en materia de riesgos desactualizada, desmotivación y frustración en el personal del Departamento de Control Interno, no se contribuye en la identificación y prevención de casos de riesgos de fraude, corrupción, legal, disruptivos, de continuidad del servicio por diversos factores, financieros, económicos, entre otros.

2.5. Debilidades en relación con la Autoevaluación del Sistema de Control Interno (ASCI)

Como se mencionó anteriormente el Departamento de Control Interno diseñó y elaboró una herramienta (app) la cual se utiliza por parte de los responsables de las diferentes dependencias municipales en la elaboración de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, la cual tiene como objetivo, identificar oportunidades de mejora del Sistema de Control Interno, así como detectar cualquier desvío que aleje a la municipalidad del cumplimiento de sus objetivos, lo anterior, de conformidad con las Normas de Control Interno para el Sector Público.

Es por lo anterior, que, como parte del estudio realizado por esta Auditoría, se efectuó una revisión de la herramienta de la ASCI (app), y se analizaron los procedimientos, manuales, normativa y otros aspectos relevantes relacionados con la Autoevaluación. Así mismo, se efectuó una revisión a los controles contenidos dentro de la herramienta, con el fin de verificar su correcta identificación y el óptimo llenado de la herramienta. A partir de ello se identificaron una serie de debilidades en relación con la ASCI.

En primer lugar, en la herramienta (app) de la ASCI, en el apartado “controles”, estos no se asocian con los enunciados de la ASCI. Además, en dicha herramienta los controles poseen un porcentaje de completitud del cual no se localiza evidencia que compruebe que dicho porcentaje es real. Así mismo, no es posible visualizar información histórica de los controles, lo que no



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

permite determinar posibles mejoras, modificaciones o cambios que hayan sido aplicados a estos.

Por otra parte, en la herramienta (app) el apartado “controles” carece de información respaldo en relación con la documentación, divulgación y aplicación de los mismos, únicamente se indica el estado actual, sin embargo, no es posible determinar que dicho estado sea correcto. Cabe señalar, que ninguno de los controles de la muestra revisada establece un procedimiento para el mismo y también, que, en una considerable cantidad de controles de la muestra revisada, la fecha de próxima revisión indica fechas de años o meses anteriores, lo cual evidencia que dicha revisión no fue realizada. En relación con lo anterior, en la herramienta (app) se observa la existencia de un apartado en los controles destinado a indicar el riesgo del SEVRI al cual el control se vincula, no obstante, en la mayoría de los controles de la muestra revisada no se realiza esta vinculación.

Es importante mencionar que, no se han definido formalmente estrategias y mecanismos necesarios para el efectivo funcionamiento del componente de seguimiento del Sistema de Control Interno, adicionalmente, no se ha establecido un modelo de madurez que permita determinar mediante un nivel determinado el estado actual del Control Interno, permitiendo identificar, de mejor manera, la necesidad de fortalecer aspectos relevantes, con el fin de alcanzar un nivel de madurez óptimo para garantizar que el control interno dentro del municipio es eficaz, eficiente y permite resguardar la hacienda y el interés público de manera óptima.

Aunado a lo anterior, la mayoría de las políticas y procedimientos en el ámbito municipal se encuentran desactualizados, aproximadamente, un 66,67% al periodo 2022, entre ellos, los que permitirían verificar la calidad de la gestión, para asegurar su conformidad con las necesidades institucionales a la luz de los objetivos y con base en un enfoque de mejoramiento continuo, esto de conformidad con información suministrada por el Departamento de Control Interno.

Esta Auditoría Interna, también determinó que no existe una óptima cultura de control que conduzca a un equilibrio entre eficiencia, eficacia y control, que difunda y promueva altos niveles de motivación, así como actitudes acordes con los principios citados. Así mismo, no existen indicadores que permitan dar seguimiento a la cultura ética institucional y a la efectividad de los elementos formales para su fortalecimiento.

Adicionalmente, no se obtuvo evidencia de que el jerarca institucional (Concejo Municipal), a pesar de ser el principal responsable del Control Interno, ejecutara la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, de los procedimientos relevantes que llevan a cabo, con el objetivo de un mejoramiento continuo del Control Interno Municipal. Y la participación en dicho sistema



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

ha sido escasa. En relación con lo anterior, el Manual para la realización de las Autoevaluaciones de Control Interno establece que se deben realizar arqueos periódicos del estado del cumplimiento de las directrices giradas, de la implantación de las medidas correctivas de cada caso, y, especialmente, de las evaluaciones del sistema que se realizarán a partir de la conclusión de la autoevaluación, que corresponderán a las evaluaciones anuales corrientes, y se les sumarán a las evaluaciones específicas que sean necesarias en cada caso. Sin embargo, esta Auditoría no obtuvo evidencia de la ejecución de los arqueos y evaluaciones de marcos. Al respecto, se consultó a la administración el motivo de esta situación, a lo cual, mediante oficio MSCAM-CI065-2023, del 11 de mayo del 2023, se indicó lo siguiente:

“Las acciones planteadas en la Autodevaluación de Control Interno, al igual que el fondo de esos planes y todo lo demás ya indicado en oficios anteriores, ha sido imposible de verificar por parte de Control interno, debido a la limitación de tiempo y recursos, y al aumento exponencial de trabajo, como se indicó en oficios anteriores.”.

Continuando con lo expuesto en párrafos anterior, también se determinó que no existe un procedimiento relativo a la custodia, protección, inventario y correcto uso y control de los activos pertenecientes a la municipalidad, incluyendo los derechos de propiedad intelectual, al respecto, la jefatura de Control Interno indicó que ha solicitado la confección del instrumento consultado al darse como hallazgo de las revisiones que se hace y que consta en sus registros una iniciativa del año 2021 para desarrollar este manual, pero a la fecha no ha concluido.

Cabe señalar, que se determinó que las herramientas del SEVRI y la ASCI (apps) no poseen respaldos informáticos de la información contenida en ellas, situación de alto riesgo en relación con el resguardo de la información sobre la gestión de riesgos y control interno de la Municipalidad de San Carlos, dado que ante alguna falla del sistema, errores producto de actualizaciones, hackeos, caída de servidores, borrados masivos de información por parte de la empresa administradora del sistema u otras situaciones, toda la información contenida en ambos sistemas no podría ser recuperada. Esta situación, es contraria a la normativa que regula la materia.

Finalmente, se identificó que la participación de la Comisión de Control Interno en los procesos del ASCI y el SEVRI durante los últimos años ha sido escasa en virtud de ello se considera valorar la existencia de dicha comisión teniendo en cuenta que ya existe un Departamento de Control Interno que tiene a cargo las funciones que permitirían fortalecer la gestión de riesgos y el sistema de control interno municipales, lo que se debe es apoyar su gestión. Al respecto, la Administración informó que, en cuanto a la permanencia de la Comisión de Valoración de



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Riesgos, está fue unida con la Comisión de Control Interno que existía en aquel momento, con la finalidad de promover el compromiso de las direcciones en el proceso de valoración y control. Actualmente, se analiza la posibilidad de suprimir definitivamente esta figura en favor de fortalecer una figura institucional de orden directivo.

Lo expuesto en párrafos anteriores genera que el municipio se encuentra incumpliendo o en riesgo de incumplir, con lo regulado en la normativa técnica y jurídica en materia de Control Interno. Al respecto, el artículo 6 de las “Normas de Control Interno para el Sector Público” (N-22009-CO-DFOE), establece que la autoevaluación anual del sistema de control interno que realice cada institución deberá verificar la implementación efectiva, controlada y sostenida de la normativa.

Adicionalmente, las Normas de Control Interno, en su norma 1.4 – Responsabilidad del jerarca y los titulares subordinados, indica lo siguiente de manera textual:

“La responsabilidad por el establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI es inherente al jerarca y a los titulares subordinados, en el ámbito de sus competencias. En el cumplimiento de esa responsabilidad las autoridades citadas deben dar especial énfasis a áreas consideradas relevantes con base en criterios tales como su materialidad, el riesgo asociado y su impacto en la consecución de los fines institucionales, incluyendo lo relativo a la desconcentración de competencias y la contratación de servicios de apoyo. El apoyo con acciones concretas, al establecimiento, el funcionamiento y el fortalecimiento de la actividad de auditoría interna, incluyendo la dotación de recursos y las condiciones necesarias para que se desarrolle eficazmente y agregue valor a los procesos de control, riesgo y dirección. c. La emisión de instrucciones a fin de que las políticas, normas y procedimientos para el cumplimiento del SCI, estén debidamente documentados, oficializados y actualizados, y sean divulgados y puestos a disposición para su consulta. d. La vigilancia del cumplimiento, la validez y la suficiencia de todos los controles que integran el SCI. e. La comunicación constante y el seguimiento de los asuntos asignados a los distintos miembros de la institución, en relación con el diseño, la ejecución y el seguimiento del SCI., entre otros.”

Aunado a lo anterior, se considera necesario repasar lo establecido en las normas 1.7, 1.8 y 2.2 de las Normas de Control Interno para el Sector Público, así como lo aplicable en el Manual de Control Interno y el Reglamento de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Esta Auditoría identificó como causa de los hechos descritos que estos se deben, principalmente, a la ausencia de una óptima retroalimentación por parte del Departamento de Control Interno hacia las diferentes dependencias municipales en relación con la ASCI, producto de la imposibilidad de realizar el seguimiento y monitoreo respectivo a las Autoevaluaciones de Control Interno, lo que ha generado que la identificación de errores, posibles mejoras, corrección de desviaciones y otra acciones en pro de un mejoramiento de la ASCI no hayan podido ser realizadas de manera correcta y oportuna, además ha existido falta de compromiso de los Titulares subordinados y el Concejo Municipal, para fortalecer el sistema de control interno mediante la ASCI.

La situación anterior, ha generado o podría generar eventualmente, la materialización de situaciones no deseadas que generaría un impacto negativo para la municipalidad, por ejemplo, podría existir un inadecuado ambiente de control dentro del municipio, que contribuye a la materialización de errores, además, podría generarse impunidad, fraude, corrupción, procesos y procedimientos ineficientes y/o ineficaces, además, una ineficaz y/o ineficiente administración de riesgos, incumplimientos a la normativa técnica y legal aplicable, entre otros.

2.6. Normativa técnica en relación con el SEVRI y la ASCI desactualizada

La normativa interna de la Municipalidad de San Carlos que regula el funcionamiento, establecimiento y perfeccionamiento del SEVRI y la ASCI fue analizada y revisada por esta Auditoría con el fin de identificar aspectos susceptibles de mejora en aras de un mejoramiento en materia de Control Interno y gestión de riesgos. Al realizarse dicha revisión y análisis, se determinaron algunas debilidades, por ejemplo, en el Manual para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo se detallan una serie de procedimientos que no se encuentran correctamente elaborados, y que confunden a los usuarios para realizar la gestión de riesgos - SEVRI, como son: el establecimiento del contexto, la valoración de riesgos, tratamiento de riesgos, seguimiento de monitoreo de riesgos. Lo que hace que la normativa interna no sea correcta.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

3.2.3.1.1. PROCEDIMIENTO: ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO

Proceso	Procedimiento	Actividad	Propósito	Responsable	Entradas	Salidas
Gestión de Riesgos	Establecimiento del contexto	Determinar Objetivo	Determinar el Objetivo de la Valoración de Riesgos	Titular Subordinado	Estrategia de Gestión de Riesgos	Objetivo de la Valoración de Riesgos
		Definir Alcance	Definir el Alcance de la Valoración de Riesgos	Titular Subordinado	Objetivo de Valoración de Riesgos	Alcance de la Valoración de Riesgos
		Definir Limitaciones	Definir los elementos que pueden limitar la Valoración de Riesgos	Titular Subordinado	Objetivo de Valoración de Riesgos	Limitación de la Valoración de Riesgos
		Establecer Estrategias y Objetivos Institucionales	Establecer las Estrategias y Objetivos Institucionales contenidos en el Plan Anual Institucional que estarán siendo sujeto de Valoración de Riesgos	Titular Subordinado	Plan Anual Operativo	Estrategias y Objetivos Institucionales Seleccionados
		Establecer el Contexto Externo	Establecer el Contexto Externo relacionado con las Estrategias y los Objetivos Institucionales establecidos para la Valoración de Riesgos	Titular Subordinado	Análisis FODA Análisis PASTEL	Elementos Políticos Elementos Ambientales Elementos Sociodemográficos Elementos Tecnológicos Elementos Económicos Elementos Legales
		Establecer el Contexto Interno	Establecer el Contexto Interno relacionado con las Estrategias y los Objetivos Institucionales	Titular Subordinado	Recursos y Conocimiento Cultura Modelo de Gobernabilidad Manual de Puestos	Organización y Cultura Procesos y procedimientos Sistemas de información

3.2.3.1.2. PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE RIESGOS

Proceso	Procedimiento	Actividad	Propósito	Responsable	Entradas	Salidas
Gestión de Riesgos	Valoración de Riesgos	Entender el Contexto	Entender el Contexto de la Valoración de Riesgos previamente establecido	Delegado de Riesgo / Titular Subordinado	Contexto de la Valoración de Riesgos	Contexto de la Valoración de Riesgos Entendido
		Identificar Eventos de Riesgo	Identificar los Eventos de Riesgo asociados con los Objetivos Institucionales establecidos	Delegado de Riesgo / Titular Subordinado	Conocimiento y Experiencia en el Proceso, Organización y Sistemas de Información	Eventos de Riesgo Universo de Riesgos
		Identificar Causas	Identificar las Causas que potencialmente originan los riesgos previamente identificados	Delegado de Riesgo / Titular Subordinado	Eventos de Riesgo	Causas
		Identificar Consecuencias	Identificar las Consecuencias derivadas de la potencial materialización de los riesgos previamente identificados	Delegado de Riesgo / Titular Subordinado	Eventos de Riesgo	Consecuencias

Aunado a lo anterior, se determinó que el Manual para la Realización de Autoevaluaciones de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos no concuerda con el Reglamento de Control Interno del municipio, al respecto, se consultó a la administración el motivo de esta situación, a lo cual, se indicó, mediante oficio MSCAM-CI-065-2023, del 11 de mayo del 2023, que el Reglamento contemplaba la necesidad de actualizar los procedimientos, pero que esto fue imposible.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

En esta misma línea, el Departamento de Control Interno considera que el Manual para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional sigue siendo aplicable, sin embargo, según información suministrada, desde periodos anteriores se identificó la necesidad de actualizar algunos aspectos para ajustarlo a la realidad, según se cita seguidamente:

- a) Aclaración de algunos conceptos relacionados con la clasificación de los riesgos, causas o consecuencias, dado que en esos conceptos se denotó algún grado de complicación para su comprensión por parte del personal.
- b) Actualizar la referencia a la herramienta actual que se usa para la gestión de riesgos (SEVRI) y la Autoevaluación del sistema de Control Interno.
- c) Mejorar la descripción, funciones y responsabilidades de la figura del delegado de riesgo para evitar confusiones que se generan sobre este de parte de las jefaturas, especialmente en cuanto a la justificación para asignar el rol y la no delegación de la responsabilidad de la gestión de riesgos.
- d) Definir la forma y coordinación que debe existir para vincular la gestión de riesgos (SEVRI) con la Planificación Institucional, debido a la dificultad que ha existido sobre este proceso.
- e) Definir y aclarar las funciones que sobre estas materias debe observar el Concejo Municipal como principal responsable del Sistema de Control Interno y de la Alcaldía Municipal, cada uno en el ámbito de su competencia y metodología específica de cómo se van a realizar estos procesos con los superiores citados.
- f) Definir la metodología y forma mediante la cual se van a incluir los sujetos interesados, que como mínimo deben según la normativa, participar en el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades del SEVRI, como son: a) población objetivo de la institución, b) sujetos de derecho privado que sean custodios o administradores de fondos públicos otorgados por la institución, c) fiduciarios encargados de administrar fideicomisos constituidos con fondos públicos.

En relación con lo expuesto, el artículo 15 - Actividades de control, de la Ley General de Control Interno, indica textualmente lo siguiente:

“Respecto de las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes: a) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones. b) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente tanto las políticas como los procedimientos que definan claramente, entre otros asuntos, los siguientes: i. La autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la institución.”

Es importante señalar que con las situaciones expuestas en párrafos anteriores se genera o podría generar un incumplimiento del artículo anterior y otros conexos, así como otra normativa relacionada. En este sentido, el inciso a) del artículo 16 de la Ley General de Control Interno señala que se debe contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; asimismo, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.

Adicionalmente, la norma 4.1 - Actividades de control, de las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) establece que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales.

La situación expuesta y la posible inobservancia de la normativa de previa cita, podría generar que se materialicen situaciones no deseadas, que generaría impactos negativos en la institución, sus funcionarios y la comunidad sancarleña. En este sentido, por ejemplo, podría no existir estandarización en los procesos y procedimientos, generarse impunidad, existir desconocimiento por parte de los funcionarios en aspectos relacionados con el Control Interno y el Sistema Específico de Valoración de Riesgos, generarse un escaso avance a través del tiempo en lo referente al SEVRI y la ASCI, materialización de Riesgos de fraude y corrupción y posibles procedimientos administrativos.

2.7. Estado de cumplimiento de las recomendaciones del informe IAI-001-2018

En el año 2018, la Auditoría Interna de la Municipalidad de San Carlos emitió el informe IAI-001-2018 denominado “Evaluación del proceso Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI)”, en el cual se emitieron una serie de recomendaciones



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

que finalmente fueron aceptadas por la Administración. Esta Auditoría como parte del estudio realizado, efectuó una revisión del estado de cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe de marras. A continuación, se exponen cada una de las recomendaciones emitidas, su estado de cumplimiento y otras observaciones al respecto:

1. **Recomendación 4.1:** Como parte de la revisión efectuada se determinó, que esta recomendación, la cual refería a tomar acuerdo para aprobar y oficializar nueva normativa en relación con el SEVRI, **se cumplió satisfactoriamente**, en virtud de que fue posible localizar la nueva normativa y el acta del Concejo Municipal en la cual fue aprobada.
2. **Recomendación 4.2:** En relación con esta recomendación, referente al giro de instrucciones al Departamento de Control Interno para la elaboración de una propuesta de normativa interna que regule el SEVRI, se determinó que esta **fue cumplida de forma parcial**, en virtud de que se localizó la nueva normativa y el acta de aprobación de la misma, sin embargo, de conformidad con información verbal suministrada por la jefatura de Control Interno, dicha normativa no fue elaborada de forma conjunta con los titulares subordinados tal como señalaba la recomendación 4.2, sino que, fue el Departamento de Control Interno que una acción de proactividad quien diseño y elaboró la normativa aprobada.
3. **Recomendación 4.3:** Esta recomendación refería a la dotación de recursos al Departamento de Control Interno para el perfeccionamiento del SEVRI y la capacitación del personal, sin embargo, tras la revisión efectuada por esta Auditoría se pudo determinar, que si bien, durante el periodo 2019 se dieron los recursos necesarios al Departamento de Control Interno, esta situación no se ha repetido en los periodos siguientes (2020, 2021 y 2022). Por tanto, **la recomendación se cumplió parcialmente**.
4. **Recomendación 4.4:** En relación con esta recomendación, la misma refería a que el Departamento de Control Interno revisara y ajustara la metodología y la herramienta del SEVRI, esto de forma coordinada y participativa con el jerarca y demás titulares subordinados. Sin embargo, a pesar de que el Departamento de Control Interno elaboró



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

una herramienta para el SEVRI y realizó los ajustes a la metodología, esta Auditoría mediante consulta realizada a la jefatura de Control Interno, determinó que ambas actividades no se realizaron de manera coordinada y participativa con el jerarca y los titulares subordinados, tal como indicaba la recomendación. **Cumplida.**

5. **Recomendación 4.5:** En relación con esta recomendación se solicitó que se giraran instrucciones al Departamento de Control Interno para que se elaborara un Plan de Capacitación en relación con la normativa interna, la metodología y la herramienta para la administración de la información del SEVRI. Si bien se obtuvo evidencia de la elaboración del Plan de Capacitación respectivo, no se localizó evidencia, ni fue aportado por la Administración el documento en el cual se giraron las instrucciones al Departamento, por tanto, la recomendación fue **cumplida de manera parcial**. Además, se informó que la capacitación fue suspendida del 2020 al 2022.

6. **Recomendación 4.6:** Esta recomendación indicaba que se emitiera una circular en la cual se exigiera a Control Interno observar y propiciar que el jerarca y los titulares subordinados cumplieran con la normativa que regula el SEVRI e informara a la Alcaldía sobre incumplimientos injustificados. Al respecto, esta Auditoría determinó que la recomendación en cuestión fue **cumplida de manera parcial**, esto en virtud de que el Departamento de Control Interno emite informes del SEVRI donde se indican incumplimientos en la materia, sin embargo, no se aportó ni localizó evidencia de la circular indicada en la recomendación ni que se valoraran incumplimientos injustificados.

7. **Recomendación 4.7:** En la recomendación se señaló que se valorara la importancia de la permanencia de la Comisión de Valoración de Riesgos, y, de conformidad con la revisión efectuada por parte de la Administración, dicha Comisión se integró de forma diferente, por tanto, **se da por cumplida la recomendación** en cuestión.

8. **Recomendación 4.8:** Esta recomendación indicaba que se verificara que realmente los resultados del SEVRI se utilizaban en la planificación y presupuestación municipal. No obstante, esta Auditoría determinó que esta recomendación no fue cumplida, esto en virtud de que en la Planificación y Presupuestación municipal no se utilizaron los resultados del SEVRI y al 2022 la situación se mantiene. **Incumplida.**



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

9. **Recomendación 4.9:** La recomendación en cuestión señalaba que se ordenara y que se ejecutara un plan de acciones para corregir las debilidades señaladas en el punto 2.5 del informe IAI-001-2018, relacionadas con la Autoevaluación del Sistema de Control Interno. Sin embargo, **la recomendación se encuentra en proceso**, en virtud de que no se aportó documentación respaldó, ni se obtuvo evidencia por parte de esta Auditoría del plan de acciones indicado en la recomendación.

Es importante señalar que el artículo 12 - Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, de la Ley General de Control Interno, indica lo siguiente:

“En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes: (...) c) Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la Auditoría Interna, la Contraloría General de la República, la Auditoría y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan. (...)”.

La normativa anterior, con las situaciones expuestas en párrafos anteriores, es, aparentemente, inobservada por la Administración Activa, esto se debió a que el exalcalde no emitió la mayoría de las diferentes instrucciones u ordenes, sino que las recomendaciones fueron cumplidas por Control Interno, conforme sus recursos lo permitieron, lo cual evidencia la falta de interés y compromiso del superior jerárquico. Además, no se le apoyo a partir del 2020 al 2022 con los recursos necesarios para realizar su labor.

En relación con lo anterior, es importante señalar que los hechos expuestos podrían propiciar la materialización de situaciones no deseadas, como, por ejemplo: Afectación al conocimiento y la cultura sobre el SEVRI y la ASCI, que no se avance o progrese según las expectativas en relación con estas materias, eventualmente la materialización de riesgos relacionados con corrupción o fraude, afectación negativa del patrimonio municipal, falta de generación de valor público, afectación en la calidad de los servicios, entre otros.

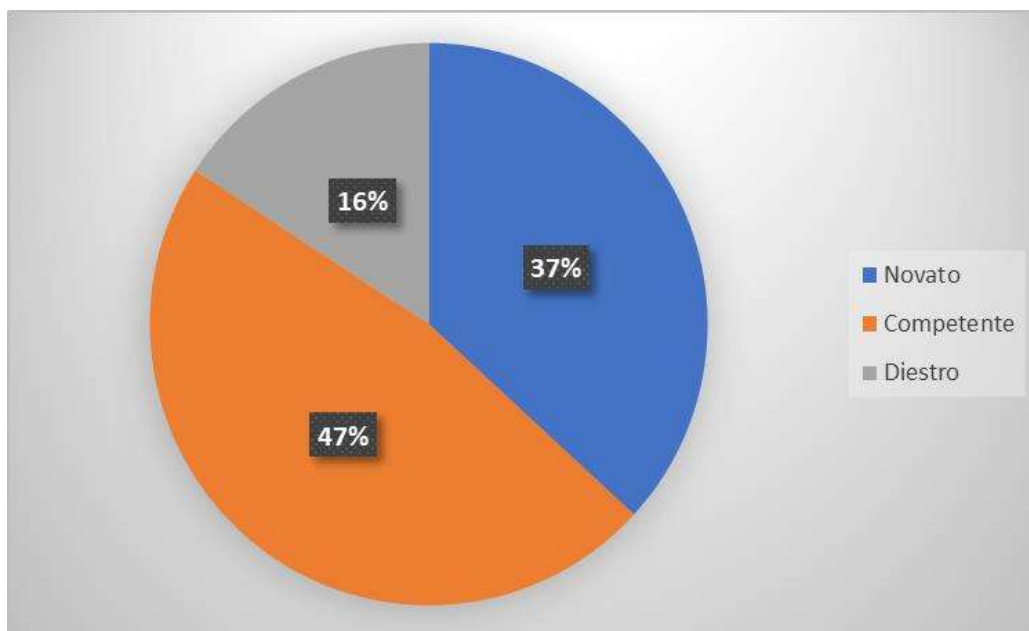
2.8. Percepción y conocimiento sobre el SEVRI y la ASCI

Con el fin de conocer aspectos relacionados con la percepción y conocimiento sobre el SEVRI y la ASCI que tienen los titulares subordinados se aplicó una encuesta a una muestra de 19 funcionarios, a partir de la cual se realizó un análisis de cada una de las respuestas brindadas. A continuación, se detallan algunas de ellas:



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Gráfico 1. Percepción sobre el nivel de madurez del Control Interno en las dependencias.



De conformidad con el análisis de las encuestas realizadas a diferentes jefaturas de la Municipalidad se determinó que un 37% consideran que el nivel de madurez del Control Interno de las dependencias a su cargo es “novato”, el cual refiere a que se han instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del Sistema de Control Interno y que se empieza a generalizar la cultura por parte de los funcionarios, pero que no se ha reconocido su importancia, ya que sus resultados se utilizan poco en la toma de decisiones y mejora continua, así como que no ha impactado en el cumplimiento de la normativa interna y externa y que el apoyo superior ha sido limitado.

Por su parte, el 47% de los encuestados consideran que el nivel de madurez del Control Interno en su dependencia es “Competente”, es decir que el SCI funciona conforme al marco regulador, a las necesidades del departamento y la Municipalidad, que se ha reconocido su importancia en la toma de decisiones y mejora continua, así como que el apoyo superior ha sido moderado.

Finalmente, solo un 16% consideran que el nivel de madurez es “diestro”, el cual se caracteriza porque se han instaurado procesos de mejora continua para el oportuno ajuste del SCI, por una cultura positiva y permanente del Sistema de Control, también refiere a que las capacitaciones han surtido el impacto esperado y a que se ha brindado apoyo superior pero no una participación proactiva.

Aspectos susceptibles de mejora en relación con la ASCI según los titulares subordinados



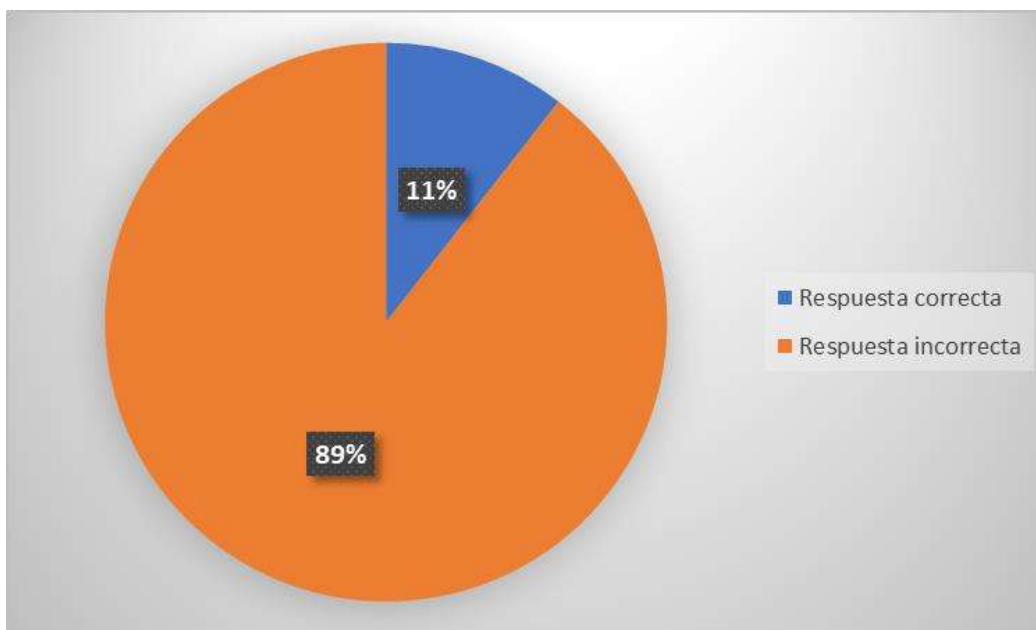
INFORME-MSCCM-AI-006-2023

En relación con la ASCI en términos generales entre los aspectos susceptibles de mejora que indicaron los titulares subordinados más relevantes se detallan los siguientes:

- La herramienta (app) debería ser más sencilla para el usuario, tantas casillas en algunos casos generan dudas.
- Dedicar más tiempo por Departamento para coadyuvar a llenar la herramienta de la ASCI.
- Estandarización y acompañamiento.
- Mejorar las capacitaciones.
- Crear conciencia de la importancia de la ASCI.
- Asociarse al Plan Anual Operativo.

Cabe mencionar que de los puntos anteriores los que más se repitieron fueron los relacionados con hacer más accesible la herramienta y mejorar y aumentar las capacitaciones.

Gráfico 2. Conocimiento sobre cuáles son los componentes de un riesgo.

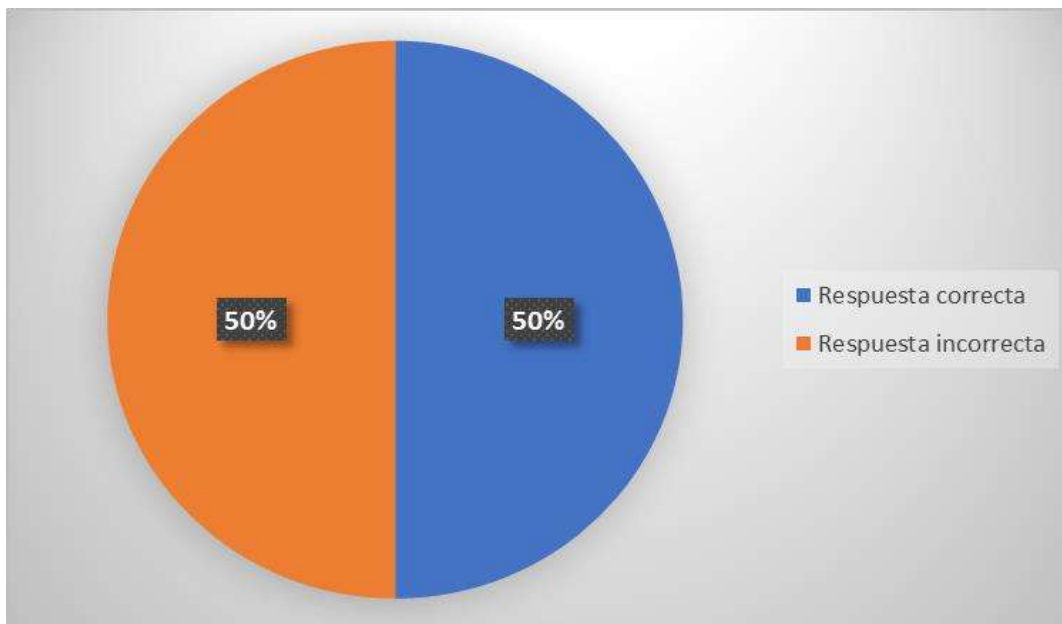


En relación con el Sistema Específico de Valoración de Riesgos (SEVRI) los resultados reflejaron que únicamente un 11%, es decir dos jefaturas, respondieron de forma correcta cuáles son los tres componentes de un riesgo (evento, causa, consecuencia). Esto evidencia una falta de conocimiento que limita la identificación correcta de los riesgos de las dependencias.

Gráfico 3. Conocimiento sobre los controles identificados en la valoración de riesgos.

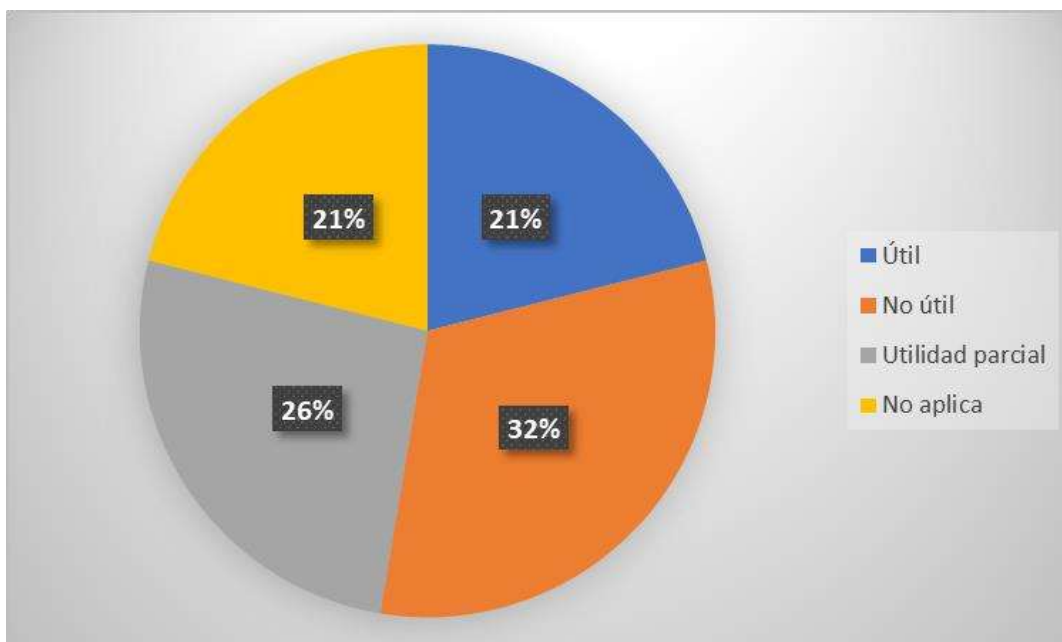


INFORME-MSCCM-AI-006-2023



Sobre el conocimiento del concepto de los controles identificados el 50% de las jefaturas encuestadas respondió de forma correcta y concisa, mientras tanto el otro 50% lo hizo de forma incorrecta o respondió algo que no se le estaba consultando. Esto explica, en cierta medida, por qué en la revisión efectuada, algunas unidades identificaban controles de forma incorrecta, pues no existe claridad sobre el concepto.

Gráfico 4. Percepción de la utilidad de las capacitaciones sobre el SEVRI en la comprensión de los conceptos de riesgo inherente y riesgo de control.





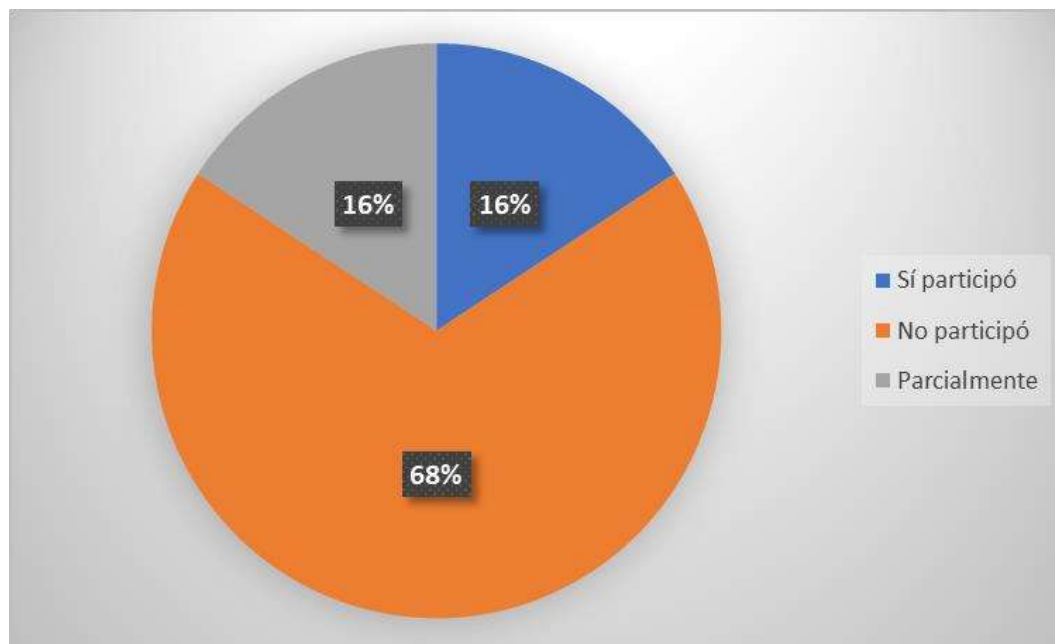
INFORME-MSCCM-AI-006-2023

En relación con la percepción de la utilidad que han generado las capacitaciones sobre el SEVRI en la comprensión de los conceptos de riesgo inherente y riesgo de control el 32%, indicaron que los eventos de capacitación o charlas sobre el SEVRI no han ayudado en la comprensión de dichos conceptos. Algunos de los comentarios al respecto son: “no lo tengo muy claro”, “es muy complejo”, “son muy pocas las capacitaciones”, “me ha costado mucho entender los conceptos, las capacitaciones son muy generales”.

Por su parte, un 26% señala que las capacitaciones han ayudado de forma parcial, pues si les ha ayudado a comprender, pero consideran que hace falta mayor profundización.

El 21% manifiestan que las capacitaciones si han ayudado en la comprensión de los conceptos antes mencionados, pero no brindan una justificación del porqué, o bien, definen los conceptos de forma vaga. Finalmente, el 21% de las respuestas brindadas fueron incorrectas, se contesta algo no coherente con lo que se está consultando.

Gráfico 5. Participación en el diseño, elaboración e implementación de la herramienta SEVRI (app).

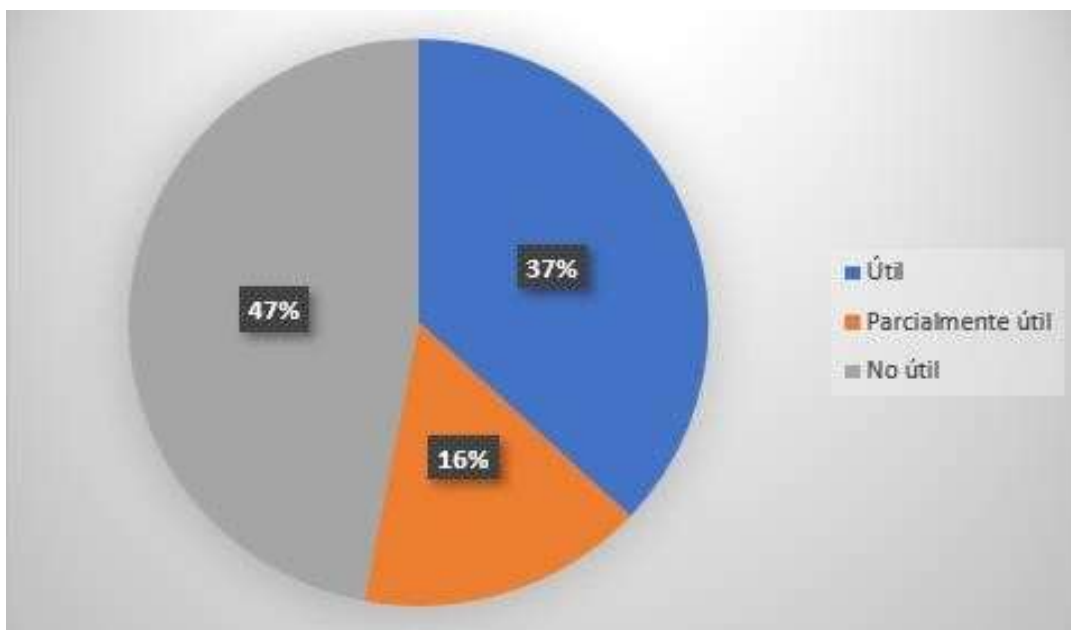


En relación con la consulta sobre su participaron en el diseño, elaboración e implementación de la herramienta SEVRI (app), el 68% de las jefaturas encuestadas manifiestan que no participaron en el diseño, elaboración ni implementación de la herramienta SEVRI (app). Por su parte, un 16% indican que solo participaron en su implementación y el 16% señalan que sí participaron en todo el proceso.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Gráfico 6. Percepción sobre la utilidad de la herramienta SEVRI (app) en la ejecución del proceso de valoración de riesgos.

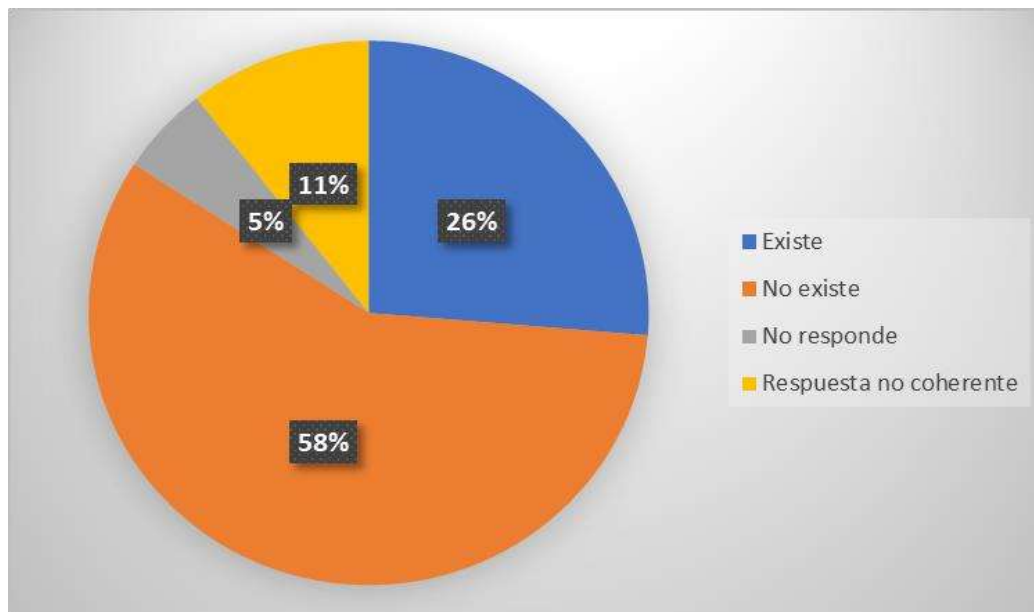


Sobre la percepción de las jefaturas en relación con la utilidad de la herramienta SEVRI (app) en la ejecución del proceso de valoración de riesgos, al analizar las respuestas se refleja que el 47% de las jefaturas encuestadas consideran que la herramienta SEVRI (app) elaborada por el Departamento de Control Interno no es óptima ni facilita la ejecución del proceso de valoración de riesgos. Los comentarios al respecto indican que los pasos son difíciles de comprender, que a veces falla la aplicación, que no es clara y se complica seguir el hilo de lo que se está haciendo. Por otra parte, se tiene que un 37% de los encuestados la percibe como útil, pues indican que facilita el proceso de valoración de riesgos. Por último, un 16% considera que la app es útil de forma parcial, ya que indican que es de utilidad, pero que tiene aspectos que mejorar, como hacerla más amigable para el usuario.

Gráfico 7. Análisis del entorno interno y externo de las dependencias



INFORME-MSCCM-AI-006-2023



Sobre el análisis del entorno interno y externo de las dependencias, los resultados obtenidos muestran que el 57,89% de las jefaturas encuestadas señalan que en su dependencia no existe un análisis del entorno interno y externo, documentado y formalizado, que sea considerado en la ejecución del SEVRI.

El 26,31% de los funcionarios encuestados respondieron que sí cuentan con dicho análisis. Sobre este punto llama la atención que una de las respuestas indica textualmente “la misma herramienta lo tiene”, sin embargo, en la revisión efectuada no se localizó el análisis del entorno interno y externo en ninguna de las unidades de la muestra.

El 10,54% proporcionó una respuesta que no es coherente con la pregunta efectuada, y un 5,26% no brindó respuesta.

En términos generales, del análisis de las encuestas realizadas, específicamente en lo referente a la ASCI, se concluye que la percepción de las jefaturas es que el nivel de madurez del Control Interno en sus dependencias se encuentra entre novato y competente, así como que se debe mejorar la herramienta (app), de tal manera que sea más sencilla para una mejor comprensión de la misma. Además, debe darse un mayor acompañamiento de parte de los funcionarios del Departamento de Control Interno, y mejorar las capacitaciones y crear consciencia de la importancia de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno.

Por su parte, los resultados de las encuestas relacionados con el SEVRI reflejaron falta de conocimiento técnico y conceptual sobre este sistema por parte de los funcionarios, así como



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

que a algunos no les queda claro la importancia del mismo y consideran que no ha generado valor agregado en su dependencia. Adicionalmente, consideran que la herramienta (app) utilizada es difícil de comprender, que a veces presenta fallos, que no es clara y no permite seguir un hilo conductor. También, se denota que a pesar de que la herramienta contiene un espacio para el análisis del entorno interno y externo de las dependencias, por lo general ellos no lo documentan, dado que no realizan dicho análisis.

3. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos por parte de esta Auditoría se concluye que existen una serie de aspectos susceptibles de mejora relacionados con el Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional (SEVRI) y de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos, lo que genera que la idoneidad y eficacia de estos sistemas se vea afectada negativamente. Así mismo, en términos generales, aumentan la posibilidad de que se materialicen diversos riesgos como: fraude, corrupción, económicos, legales, reprocesos, continuidad, deterioro de la imagen del municipio, entre otros.

Entre las debilidades se destaca la identificación incorrecta o inexistente de los elementos que contienen las actividades del SEVRI (eventos, causas, consecuencias, controles, KCI, KRI, etc.). También, se encontró que no se ha establecido un modelo de madurez que permita determinar mediante un nivel determinado el estado actual del SEVRI ni de la ASCI. Adicionalmente, cabe destacar deficiencias en relación con las herramientas del SEVRI y la ASCI, especialmente en lo referente a complejidad para el usuario y que en ocasiones esta no es completada por los responsables.

Además, en relación con el entorno interno y externo se determinó que no se realiza el respectivo análisis, solo en algunos casos, se detalla información sobre aspectos del entorno, no obstante, en ocasiones la información que allí se indica es poco clara o se encuentra desactualizada.

Otra situación detectada fue la falta de vinculación de la Planificación Institucional con el SEVRI y la ASCI, lo que puede afectar el cumplimiento de objetivos y metas producto de la materialización de riesgos, así como ocasionar incumplimientos legales y procedimientos administrativos, o bien, un proceso de riesgo que no genere el valor agregado y público necesarios.



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Sumado a lo anterior, se encontró que existen funciones asignadas a los funcionarios del Departamento de Control Interno que no concuerdan con el Manual de Puestos, esto debido, entre otras causas, a que en los últimos años no se ha analizado el Reglamento de Control Interno en cuanto a las funciones que asigna a este departamento ni se ha realizado un estudio técnico que permita determinar si de conformidad con las funciones y responsabilidades que se han ido adquiriendo el puesto y los salarios son los que corresponden.

También, se detectaron una serie de elementos limitantes en el avance continuo del SEVRI y la ASCI, tales como el hecho de que Desarrollo Institucional no contribuyó según le corresponde, la no asignación de plazas al Departamento de Control Interno, la pandemia del COVID-19, entre otros.

Por otra parte, se identificó que existe normativa técnica en relación con el SEVRI y la ASCI desactualizada, lo que conlleva a que no exista estandarización en los procesos y procedimientos, así como que haya desconocimiento de los funcionarios en aspectos relacionados con el Control Interno y el SEVRI.

Finalmente, cabe destacar que hay debilidades en el conocimiento técnico y conceptual de los titulares subordinados en relación con el SEVRI, lo cual fue evidenciado en las encuestas aplicadas. En esta misma línea, se destaca la relevancia de una mayor capacitación en esta materia, necesidad que los mismos funcionarios resaltan en varias de las respuestas brindadas. Debido a la trascendencia que tienen tanto la gestión de riesgos (SEVRI) como la Autoevaluación del Sistema de Control Interno (ASCI), es importante que se traten los aspectos susceptibles de mejora contemplados en el presente informe, con el fin de contribuir a la no materialización de eventuales riesgos en esta materia, así como al fortalecimiento del Control Interno y a la generación de valor público. Es por ello, que se considera relevante dar seguimiento a las recomendaciones planteadas en el siguiente apartado.

4. RECOMENDACIONES

4.1. Al Concejo Municipal

4.1.1. Tomar los acuerdos para revisar que en el presupuesto institucional y sus modificaciones se contemplen los recursos financieros necesarios para la implementación de la estrategia del SEVRI y las provisiones y reservas para la ejecución de las medidas para la administración de riesgos y de las acciones de mejora como resultado de la ASCI, así como para capacitar a los funcionarios en ambas materias, con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo, eficaz



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

y eficiente del SEVRI y la ASCI. Remitir a la Auditoría Interna copia del acuerdo que se tome al respecto **(Ver puntos 2.1 al 2.8)**

4.1.2. Participar activamente e involucrarse en la gestión de riesgos (SEVRI) y en la Autoevaluación del Sistema de Control Interno, dado que son los principales responsables de ambos sistemas. Remitir a la Auditoría Interna copia del acuerdo que se tome al respecto. **(Ver puntos 2.1 al 2.8)**

4.2. A la Alcaldía Municipal

4.2.1. Girar instrucciones al Departamento de Control Interno para que realice un estudio técnico con el fin de determinar los recursos humanos y/o materiales necesarios para la realización de eventos de capacitación eficaces y oportunos que permitan adquirir conocimiento, fomentar la cultura sobre riesgos y concientizar a los funcionarios de la Municipalidad de San Carlos en materia de riesgos. **(Ver puntos 2.1)**

4.2.2. Girar instrucciones para que se diseñe, elabore, divulgue e implemente una guía, o instructivo que resuma, de manera clara, intuitiva y amigable, los pasos necesarios, características, funciones y cualquier otro aspecto relevante de la herramienta SEVRI (app), con el fin de que se coadyuve a los funcionarios responsables a comprender y utilizar de manera correcta esta herramienta. **(Ver punto 2.1 y 2.8)**

4.2.3. Girar las instrucciones al Departamento de Control Interno para que, una vez aplicadas las dos recomendaciones anteriores, se verifique que los funcionarios responsables de la gestión de riesgos (SEVRI), cuentan con el conocimiento necesario y suficiente en materia de gestión de riesgos, y que todos comprenden de manera clara cómo utilizar la herramienta SEVRI de la (app).

Lo anterior, con el fin de que las situaciones expuestas en el punto 2.1 del presente informe, no se presenten en la herramienta SEVRI actualizada 2023. **(Ver punto 2.1)**

4.2.4. Girar las instrucciones a los responsables para que se elabore un modelo de madurez en relación con el SEVRI, que establezca los parámetros y metodología para determinar el grado de madurez de la Municipalidad de San Carlos en materia de riesgos, con el fin de que este



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

sirva de insumo en la toma de decisiones y en el control del avance del municipio en la gestión de riesgos. **(Ver punto 2.1)**

4.2.5. Ordenar al Departamento de Control Interno que remita a la Auditoría Interna, en un plazo de un mes calendario, un plan-cronograma que permita solventar las situaciones expuestas en el punto 2.1 de este informe, considerando adicionalmente las recomendaciones (4.2.1 a la 4.2.5). Las actividades que contenga dicho plan cronograma no deberán superar los seis meses calendario a partir del recibido del presente informe. Además, deberá remitirse oficio en un plazo de ocho meses calendario a la Auditoría Interna, donde el Departamento de Control Interno certifique que se cumplió a cabalidad con las actividades del citado Plan, **(Ver punto 2.1)**

4.2.6. Girar instrucciones al Departamento de Desarrollo Estratégico para que se elabore un análisis del entorno interno y externo de la Municipalidad de San Carlos, que sirva de insumo en la gestión de riesgos de las diferentes dependencias municipales. En este análisis deberán considerarse, como mínimo, aspectos políticos, sociales, presupuestarios, comunales, nacionales, internacionales, estadísticos, tecnológicos, ecológicos, entre otros; que influyan de manera directa, indirecta, parcial o total en la operatividad del municipio, en el cumplimiento de sus metas y objetivos, y en el interés público de la población sancarleña. Al respecto, se deberá remitir en un plazo de un mes calendario a la Auditoría Interna oficio detallando que se emitieron y comunicaron las instrucciones correspondientes e informar sobre la elaboración y divulgación del análisis del entorno municipal en un plazo de nueve meses calendario. **(Ver punto 2.1)**

4.2.7. Ordenar a Desarrollo Estratégico realizar las diligencias necesarias para que en los planes institucionales se consideren y documenten los riesgos asociados a éstos y la forma en que se van a gestionar. Informar a la Auditoría Interna del cumplimiento de lo dispuesto en esta recomendación. **(Ver punto 2.2)**

4.2.8. Girar Instrucciones a los Departamentos de Control Interno y Desarrollo Estratégico para que coordinen oportunamente, con el propósito de que la valoración del riesgo se sustente en un proceso de planificación y que los resultados de la valoración del riesgo sean considerados como insumos para retroalimentar la planificación municipal, generando elementos para que el Concejo Municipal y los titulares subordinados competentes estén en capacidad de revisar, evaluar y ajustar periódicamente los enunciados y supuestos que sustentan los procesos de



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

planificación estratégica y operativa institucional, para así determinar su validez ante la dinámica del entorno y de los riesgos internos y externos. **(Ver punto 2.2)**

4.2.9. Emitir instrucciones para que los Departamentos de Desarrollo Estratégico y Control Interno, de manera coordinada, diseñen el procedimiento pertinente que contenga las actividades de control necesarias con el fin de que los planes municipales cumplan lo regulado por la normativa sobre el SEVRI y la ASCI. Además, en dicho procedimiento se deberá considerar la vinculación de los planes institucionales y la integración de la planificación municipal con la herramienta del SEVRI-ASCI (app). **(Ver punto 2.2)**

Remitir a la Auditoría Interna, en un plazo de un mes calendario, los oficios donde se giran las instrucciones y órdenes a los Departamentos de Control Interno y Desarrollo Estratégico, en relación con las recomendaciones (4.2.7 a 4.2.9). Por tanto, para efectos de subsanar las situaciones detalladas en el punto 2.2 de este informe, se deberán cumplir con las recomendaciones en un plazo de seis meses calendario a partir de las instrucciones y ordenes emitidas por la Alcaldía, una vez cumplido el plazo deberá informarse, mediante oficio remitido por la Alcaldía a la Auditoría Interna, que se cumplieron las recomendaciones y se cuenta con los diferentes productos y que en lo pertinente se ejecutan en la práctica. **(Ver punto 2.2)**

4.2.10. Girar las instrucciones a los competentes para que se actualice y formalice el Reglamento de Control Interno siguiendo el proceso técnico-legal que se requiere. **(Ver punto 2.3)**

4.2.11. Ordenar a quien corresponda que se realice un estudio técnico-legal para determinar, de conformidad con las funciones y responsabilidades que se les han asignado a los funcionarios del Departamento de Control Interno, si se debe modificar o realizar algún ajuste a la categoría del puesto y, respectivamente, a los salarios de los funcionarios de ese Departamento. **(Ver punto 2.3)**

4.2.12. Ordenar a quien corresponde que se valoren las funciones del Departamento de Control Interno y se eliminen o reasignen las funciones que, legal o técnicamente, no lo competen. Además, tener presente que, como está establecido internamente, los funcionarios de Control Interno no pueden ni deben sustituir las funciones o responsabilidades de los restantes funcionarios de la Municipalidad. **(Ver punto 2.3)**



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

Remitir a la Auditoría Interna, en un plazo de un mes calendario a partir de la fecha de recibido el presente informe, oficio (s) mediante los cuales se emitieron las instrucciones y órdenes a los competentes en relación con las recomendaciones (4.2.10 a 4.2.12). Además, en un plazo no mayor a nueve meses, actualizar y formalizar el Reglamento de Control Interno; elaborar el estudio técnico-legal en un plazo de 6 meses calendario; y reasignar, en caso de considerarse necesario, las funciones a los responsables si no le competen a Control Interno. Lo anterior a partir de las instrucciones emitidas por la Alcaldesa Municipal e informar de lo actuado al respecto a la Auditoría Interna en un plazo de 8 meses calendario. **(Ver punto 2.3)**

4.2.13. Girar instrucciones al Departamento de Control Interno para que se continúen realizando, periódicamente, las gestiones y solicitudes necesarias ante la Alcaldía y el Concejo Municipal para que se brinden los recursos necesarios y suficientes con el objetivo de fortalecer la cultura de riesgo, el compromiso y el conocimiento técnico de los funcionarios y jerarca municipal, dichas solicitudes deberán justificarse. Así mismo, que se continúe informando, periódicamente, al Concejo Municipal y a la Alcaldía sobre los aspectos positivos y negativos relacionados al SEVRI y la ASCI, con el fin de que se involucren, conozcan y contribuyan en el mejoramiento continuo de ambos sistemas. **(Ver punto 2.4)**

Remitir a la Auditoría Interna oficio de parte de la Alcaldesa Municipal sobre las acciones tomadas para valorar la dotación de recursos al Departamento de Control Interno y asignar recursos, en los casos que sea necesario, para gestionar los riesgos y fortalecer el sistema de control interno, así como para capacitar a los funcionarios involucrados, lo anterior en el plazo de seis meses calendario. **(Ver punto 2.4)**

4.2.14. Girar las instrucciones necesarias, a los titulares subordinados y resto de funcionarios, para que se comprenda el compromiso y la responsabilidad que tienen en relación con el control interno y la gestión de riesgos, así como que se pueden presentar eventuales sanciones por omitir acciones en favor del Sistema de Control Interno o por ejecutar acciones en contra del mejoramiento de dichos sistemas. **(Ver punto 2.5)**

4.2.15. Girar instrucciones para que el Departamento de Control Interno realice el seguimiento y monitoreo de las Autoevaluaciones del Sistema de Control Interno y con base en los resultados retroalimentar a los funcionarios de los Departamentos que sea necesario. **(Ver punto 2.5)**

Remitir a la Auditoría Interna, en un mes calendario, las instrucciones emitidas, así como oficio,



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

en tres meses calendario, donde se informe sobre los avances obtenidos en relación con las recomendaciones 4.2.14 y 4.2.15. **(Ver punto 2.5)**

4.2.16. Girar las instrucciones necesarias a los pertinentes para que se lleve a cabo la actualización de la normativa interna que se encuentra desactualizada, entre ella el Manual para el Establecimiento y Funcionamiento del Sistema Específico de Valoración de Riesgo Institucional, Manual para la Realización de Autoevaluaciones de Control Interno de la Municipalidad de San Carlos y se corrijan los hechos descritos en el punto 2.6 de este Informe. **(Ver punto 2.6)**

Remitir oficio a la Auditoría Interna, en el plazo de un mes calendario, que contenga las instrucciones giradas y, en un plazo de seis meses, informar sobre la actualización de los diferentes Manuales considerando los aspectos indicados en este aparte; asimismo, informar sobre la implementación en la práctica y el impacto de las modificaciones realizadas en un período de un año. **(Ver punto 2.6)**

4.2.17. Girar instrucciones al Departamento de Control Interno para que realice un análisis objetivo de las herramientas (apps) del SEVRI y la ASCI, con el fin de determinar si estas herramientas contienen apartados, pasos, casillas u otro, que posean un grado de complejidad elevado para los usuarios, que generen confusión o entorpezcan la ejecución de la gestión de riesgos o de la Autoevaluación. En caso de que el análisis tenga como resultado la inexistencia de aspectos complejos, se deberá emitir un informe en el cual se expongan los resultados del análisis. Por el contrario, en caso de que se identifiquen aspectos que deban ser modificados para lograr que la herramienta sea más sencilla de comprender por los funcionarios responsables, se deberá informar mediante oficio de los cambios a realizar, el responsable, la fecha de ejecución y el valor agregado que estos cambios traerán consigo. **(Ver punto 2.8)**

4.2.18. Girar las instrucciones al Departamento de Control Interno para que se elaboré un plan de capacitación destinado a los funcionarios municipales, en el cual se atiendan, de una manera interactiva y participativa (aprender haciendo), las dudas, desconocimientos y confusiones que los funcionarios encargados de la gestión de riesgos (SEVRI) y de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno (ASCI) tienen en relación con las herramientas (apps) utilizadas y la conceptualización técnica en materia de riesgos y control interno. El respectivo plan de capacitación deberá ser remitido a esa alcaldía y deberá considerar, como mínimo, los



Municipalidad de San Carlos
Departamento de Auditoría
Calle Central - Avenida 2. Apdo. 13. 4400.
Ciudad Quesada, San Carlos, Alajuela, Costa Rica



INFORME-MSCCM-AI-006-2023

participantes, recursos necesarios, fechas, temas, objetivos, metodología, etc. Cabe señalar que para la o las capacitaciones a realizar se deberá procurar que sean impartidas por profesionales idóneos y con basto conocimiento en materia de riesgos y control interno, en coordinación con el Departamento de Control Interno.

Remitir a la Auditoría Interna, en un plazo de un mes calendario, el oficio en el cual se giran las instrucciones al Departamento de Control Interno; asimismo, en un plazo de dos meses calendario, enviar oficio de que se elaboró el Plan de capacitación. **(Ver punto 2.8)**

Atentamente,
Auditoría Interna

Lic. Fernando Chaves Peralta, MBA
Auditor Interno

FCP/fsc

C. Expediente