



**Memorando
CEM-81-2019**

30 de julio del 2019

A: Junta Directiva

DE: Ema Rebeca Alfaro Araya
Contraloría Empresarial

ASUNTO: Auditoría Evaluación del Sistema de Gestión Integrada

De conformidad con el Plan de Trabajo de esta Unidad para el año 2018, presentamos el informe de auditoría de la evaluación del sistema de gestión integrada, (CEM-2019-IF-006).

Copia: Gerencia General
Subgerencia
Marcela Mendez Camacho
Allan Villalobos Gomez
Daisy Villalobos Cruz
Yilmar Darío Marín Silva

Anexos: CEM-2019-IF-006
Creado por Jenny Campos Arrieta



30 de julio del 2019

CONTRALORÍA EMPRESARIAL

INFORME FINAL: AUDITORÍA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADA

CEM-2019-IF-006

Remitido mediante el memorando CEM-81-2019



Contraloría Empresarial Firmas de validación		
Estudio realizado por	Supervisado por	Aprobado por
Yilmar Darío Marín Silva Auditor Interno	Daisy Villalobos Cruz Director de Auditoría	Ema Rebeca Alfaro Araya Contralora Empresarial



Contenido

1	RESUMEN EJECUTIVO	5
1.1	¿Qué examinamos?.....	5
1.2	¿Por qué es importante?.....	5
1.3	¿Qué encontramos?	5
1.4	¿Qué sigue?.....	5
2	INTRODUCCIÓN.....	6
2.1	Origen de la Auditoría	6
2.2	Objetivo de la Auditoría	6
2.3	Alcance y Naturaleza de la Auditoría.....	6
3	RESULTADOS GENERALES	6
3.1	Relevancia del SGI para Auditoría Externa	6
3.2	Resultados de la encuesta	7
3.3	Costos de las certificaciones	7
4	HALLAZGOS.....	8
4.1	Conocimiento del jerarca	9
4.2	Sistema Informático de Acciones.....	10
4.3	Redacción de las acciones de mejora	12
4.4	Informe de la Dirección	12
5	CONCLUSIONES	12
6	RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES	13
6.1	A la Junta Directiva	13
6.1.1	Recomendación	13
6.2	A la Ingeniera Marcela Méndez Camacho, Líder de Gestión Integrada	13
6.2.1	Recomendaciones.....	13
6.2.2	Observaciones.....	14
7	ANEXOS.....	15
7.1	Observaciones recibidas por la Administración.	15
7.2	Aspectos de Ley de Control Interno.....	15



CONTRALORÍA EMPRESARIAL AUDITORÍA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADA

1 RESUMEN EJECUTIVO

1.1 ¿Qué examinamos?

Esta auditoría tuvo como objetivo evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión Integrada, a fin de determinar si se está cumpliendo con la normativa que regula esa materia.

El alcance de esta auditoría comprendió el análisis de los principales aspectos relacionados con la implementación y el mantenimiento del Sistema de Gestión Integrada de la ESPH y la valoración del cumplimiento de los requisitos de las normas ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 e INTE35.01.01. El período de estudio abarcó el año 2011 al 2018.

1.2 ¿Por qué es importante?

Esta evaluación es relevante porque está relacionada con la implementación de la mejora continua en los procesos.

Las normas internacionales promueven la adopción de un enfoque de procesos cuando se desarrolla, implanta y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, basado en la metodología PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

1.3 ¿Qué encontramos?

Se revisaron las actas de la Junta Directiva de la ESPH y no se encontró evidencia de que estuviera informada oportunamente de las recertificaciones de las Normas ISO y la verificación de carbono neutro.

Se determinó que existe un sistema informático de control de acciones que no fue diseñado para ese fin y que un reporte impreso se genera con la fecha del reporte y no con la fecha de cierre del ticket. En 28 tickets padres de acciones de mejora se determinó un promedio de 560 días de atraso en su cumplimiento. Se observaron 9 casos en que el ticket padre no tiene concordancia con el ticket hijo, en sus respectivos títulos y descripciones.

1.4 ¿Qué sigue?

Es importante que la Líder de Gestión Integrada brinde un informe anual a Junta Directiva del estado de las certificaciones, sus costos, beneficios y seguimiento de las acciones de mejora. Además, aplicar una medida de mejoramiento del sistema informático del control de acciones haciendo los ajustes requeridos, o cambiar de herramienta.



2 INTRODUCCIÓN

2.1 Origen de la Auditoría

Se realizó la evaluación del Sistema de Gestión Integrada, en cumplimiento al plan de trabajo de la Contraloría Empresarial del año 2018. Según la valoración de riesgos realizada por la Contraloría Empresarial, este proceso tiene un riesgo catalogado como medio.

2.2 Objetivo de la Auditoría

Evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión Integrada (en adelante SGI), a fin de determinar si se está cumpliendo con la normativa que regula esa materia y proponer medidas de mejoramiento para coadyuvar en el perfeccionamiento del Sistema de Control Interno.

2.3 Alcance y Naturaleza de la Auditoría

El estudio comprenderá el análisis de los principales aspectos relacionados con las normas ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 y INTE35.01.01 para la implementación y el mantenimiento del SGI de la ESPH. El período de estudio abarcó el año 2011 al 2018.

3 RESULTADOS GENERALES

En este apartado la Contraloría Empresarial hace referencia a resultados de la evaluación que no constituyen hallazgos o medidas de mejora, sino que son situaciones generales.

3.1 Relevancia del SGI para Auditoría Externa

El Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno, realizado por Crowe Horwath CR, S.A como auditores externos de la ESPH, indica textualmente:

"ESPH, S.A. dispone de un Sistema de Gestión Integrado el cual comprende todas las actividades y procesos relacionados con la comercialización y la prestación de los servicios de: distribución de agua potable, mantenimiento de hidrantes, generación y distribución de energía eléctrica, servicio de alumbrado público, servicio de recolección y tratamiento de aguas residuales y servicio de infocomunicaciones.

ESPH, S.A. recibió de parte del Ente Certificador INTECO, el certificado de su Sistema de Gestión de la Calidad conforme los requisitos de la Norma ISO 9001, según "Registro de Empresa", número RE-002/03/2013 con fecha 2013-02-01. Con este logro ESPH, S.A. entra en la categoría de empresas certificadas; un reconocimiento de validez tanto nacional como internacional de parte de uno de los entes certificadores más reconocidos a nivel mundial. La certificación de la Norma ISO 9001, emitida por INTECO, asegura la calidad de los servicios y certifica que la empresa mantiene un sistema actualizado en el control y la gestión, cumpliendo con la normativa sobre estándares de calidad de los mercados internacionales."

Nota: INTECO es el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica, una asociación privada, sin fines de lucro, creada en 1987 y reconocida por decreto ejecutivo de 1995 como Ente Nacional de Normalización.



3.2 Resultados de la encuesta

La Contraloría Empresarial realizó encuestas a los mandos medios sobre la percepción de las certificaciones de las normas ISO, los resultados fueron satisfactorios excepto por el siguiente comentario, citado textualmente:

"Pienso que no ya [sic] que el sistema de gestión, no ha logrado posicionarse en la empresa desarrollando procesos y estándares para medir y cumplir con esos estándares; no ha logrado integrar los principios del negocio en los sistemas de gestión. LA ESPH no sacado [sic] el máximo provecho de sus sistemas de gestión porque en general son percibidos como un instrumento para mantener el status quo, en lugar de un medio para gestionar el cambio y la mejora. Sin embargo, un sistema de gestión eficaz debe proporcionar valor añadido a la empresa, esencialmente permitiendo hacer las cosas mejor, de forma más barata o más rápida, a medida que el sistema se desarrolla. Los principales estándares de sistemas de gestión ponen énfasis en la mejora continua. Implantar un sistema de gestión le da la oportunidad de centrarse en optimizar las áreas que más le importan, en el caso de la ESPH esta premisa no se a [sic] logrado desarrollar."

3.3 Costos de las certificaciones

Las certificaciones de las normas ISO 9001:2008 (Sistema de Gestión de Calidad), ISO 14001:2004 (Sistema de Gestión Ambiental), OHSAS 18001:2009 (Sistema de Gestión en Salud y Seguridad Ocupacional) y INTE35.01.01 (Responsabilidad Social Empresarial) presentan acciones que corresponden a las mejores prácticas a nivel empresarial, y acciones que la misma ESPH debe realizar por mandato, como, por ejemplo:

- Archivo Central
- Salud Ocupacional
- Contraloría de Servicios
- Gestión Ambiental

La Contraloría Empresarial trató de empatar los pagos cancelados a los proveedores relacionados con las certificaciones, encontrándose que sólo el pago a INTECO puede ser asociado directamente como costo de las certificaciones. En el cuadro siguiente, en la columna otros proveedores se detallan los costos que corresponden a tareas que la ESPH debía cumplir en los aspectos relacionados, aun cuando no contara con las certificaciones.



Empresa de Servicios Públicos de Heredia S.A.			
Costos Proveedores SGI			
Período 2010-2018			
(Colones)			
Etapas	INTECO	Otros proveedores	Total proveedores
Diagnóstico			
2010		4.478.112,00	4.478.112,00
Total Diagnóstico	0,00	4.478.112,00	4.478.112,00
Implementación			
2011		34.966.624,80	34.966.624,80
2012		43.010.725,72	43.010.725,72
2013	8.524.749,43	36.214.842,90	44.739.592,32
2014	8.707.949,60	46.610.691,22	55.318.640,82
Total Implementación	17.232.699,03	160.802.884,64	178.035.583,66
Mantenimiento			
2015	8.269.639,86	19.182.854,00	27.452.493,86
2016	8.545.615,78	26.298.188,90	34.843.804,68
2017	11.629.721,61	33.419.118,00	45.048.839,61
2018	14.236.575,00	29.957.245,00	44.193.820,00
Total Mantenimiento	42.681.552,25	108.857.405,90	151.538.958,15
Total General	59.914.251,28	274.138.402,54	334.052.653,81
Años de Pago	6	9	
Promedio por año	9.985.708,55	30.459.822,50	37.116.961,53

Fuente información: Elaboración propia con información extraída de la base de datos del SAF, órdenes de compra y pagos de los años 2010 al 2018.

Entre esos proveedores que no se pueden asociar directamente a la obtención de las certificaciones se encuentran los siguientes:

- Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica
- OLSICARSI S. A. que corresponde al alquiler del edificio de los gestores de calidad, personas funcionarias de la ESPH S.A.

Los salarios del personal de la ESPH relacionados con los costos del diagnóstico, implementación y mantenimiento de las certificaciones, no se pudieron establecer como gastos directamente relacionados con ellas, ya que cumplen con funciones que aun cuando no existieran las certificaciones se tenían que hacer por normativa superior.

4 HALLAZGOS

Para los hallazgos que se detallan a continuación, los criterios o mejores prácticas son las siguientes:

El artículo 7 de la Ley General de Control Interno establece

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



Por su parte la Ley General de Control Interno, establece en su artículo 16: **Sistemas de información**

*"...a) 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..." **El subrayado y negrita no es del original.***

Las Normas de Control Interno para el Sector Público, Norma 5.6¹ Calidad de la información, dispone en los puntos 5.6.1, 5.6.2 y 5.6.3 que deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios.

4.1 Conocimiento del jerarca

No se obtuvo evidencia de que la Junta Directiva de la ESPH, estuviera informada oportunamente de las recertificaciones de las Normas ISO 9001:2008 (Sistema de Gestión de Calidad), ISO 14001:2004 (Sistema de Gestión Ambiental), OHSAS 18001:2009 (Sistema de Gestión en Salud y Seguridad Ocupacional) y INTE35.01.01 (Responsabilidad Social Empresarial) y la verificación de carbono neutro. Al respecto se le consultó a la Líder de Gestión Integrada en correo del 26 de noviembre del 2018 e indicó que no se dio la aprobación de la Junta directiva para las recertificaciones de las Normas ISO 9001:2008, ISO 14001:2004, OHSAS 18001:2009 y INTE35.01.01 (Responsabilidad Social Empresarial) por las siguientes razones:

"Para el año 2011 cuando se tomó la decisión de certificar nuestros sistemas, la ESPH aceptó el compromiso por acuerdo de ambas partes, de cumplir con lo que establece el Reglamento para la certificación de sistemas de gestión y Acuerdo de certificación (adjuntos), según los cuales la ESPH asumió las siguientes responsabilidades:

5.1.1 Antes de finalizar el período de vigencia del Certificado de Registro de Empresa y/o Certificado se efectuará una auditoría del sistema de la Empresa licenciataria con el propósito de verificar la posibilidad de renovación del Certificado.

5.1.2 Si la Empresa licenciataria no tiene interés en la renovación del Certificado de Registro de Empresa y/o Certificado de Sistemas de Gestión deberá comunicarlo por escrito a INTECO, por lo menos tres meses antes de la fecha de expiración del Certificado.

Conforme a lo anterior, las auditorías de renovación deben realizarse antes del vencimiento de los certificados expedidos, caso contrario el certificado sería suspendido por parte de INTECO tal y como establece el Reglamento. Por ende, el compromiso de recertificar los sistemas es inherente al momento en que la organización firma dicho acuerdo y se

¹ Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE, publicadas en La Gaceta N° 26 del 6 de febrero del 2009), Norma 5.6 *Calidad de la información. El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben asegurar razonablemente que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios. Dichos procesos deben estar basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo.*

Los atributos fundamentales de la calidad de la información están referidos a la confiabilidad, oportunidad y utilidad.

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

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

*5.6.3 Utilidad La información debe poseer características que la hagan útil para los distintos usuarios, en términos de pertinencia, relevancia, suficiencia y presentación adecuada, de conformidad con las necesidades específicas de cada destinatario" **El subrayado no es del original***



compromete con la reglamentación de certificación. Al no existir una solicitud expresa por parte de la Junta Directiva de suspender las certificaciones, se mantiene la obligación de cumplir con los compromisos adquiridos en este acuerdo, caso contrario se debe informar previamente al ente certificador con una anticipación de tres meses previos a la fecha de caducidad del certificado.

Asimismo, por temas de imagen de la ESPH, no resulta sano que una certificación se obtenga solamente por un periodo de un año y que después sea suspendida, ya que la naturaleza de los sistemas de gestión es la mejora continua y ésta difícilmente puede ser demostrable en periodos de tiempo tan cortos, además de que este reconocimiento fue ampliamente comunicado a todas las partes interesadas tanto internas como externas. (este es un comentario propio).

En síntesis, el proceso de recertificación no requiere en sí de una aprobación adicional al compromiso adquirido en el acuerdo de certificación del año 2011, a menos que existiera la solicitud expresa de suspender las certificaciones logradas, solicitud que debería proceder de la Junta Directiva por ser éste órgano el que emitió la aprobación para obtenerlas"

Posteriormente en correo con fecha 14 noviembre del 2018, la misma funcionaria justifica el porqué no se aprobó la verificación de Carbono Neutro de la siguiente forma:

"...2. El proceso de Verificación (Certificación) de Carbono Neutral se solicitó por medio de memorando de parte de Gerencia y Subgerencia General los cuales se adjuntan en la carpeta, esto porque al aprobar la Junta Directiva el acuerdo 112-2014 Política del SGI, implícitamente se aprueba también el compromiso de reducción y compensación de las emisiones de gas efecto invernadero..."

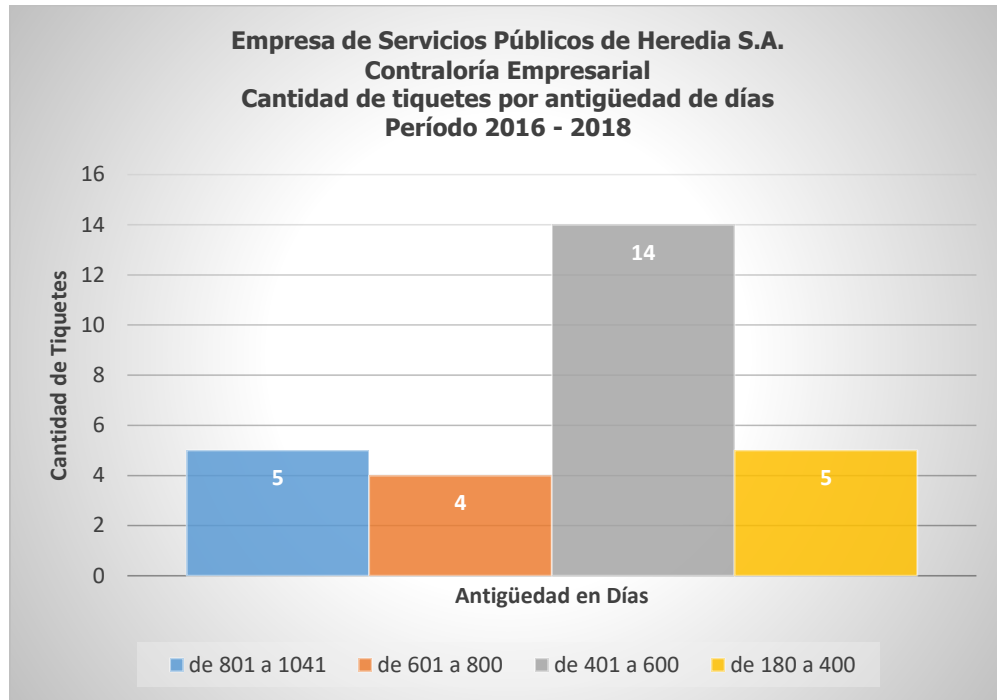
Se presenta el riesgo de que la Junta Directiva no tome las medidas oportunas con respecto al SGI.

4.2 Sistema Informático de Acciones

El SGI utiliza un sistema informático para el seguimiento de las medidas de mejora que surgen de las auditorías de calidad, tanto internas como externas. Este sistema es un derivado de la mesa de servicio que se diseñó y desarrolló para atender casos de requerimientos de soporte a los sistemas de información y servicio técnico de Desarrollo, Operación y Soporte Tecnológico (DOSTE). La funcionalidad se basa en la emisión de tiquetes, que indican las medidas de mejora, las cuales se pueden derivar en otros tiquetes. A los tiquetes generales se les llama "tiquetes padres" y a los derivados se les conoce como "tiquetes hijos".

En el Sistema de Acciones se evidenciaron las siguientes situaciones:

1. Deja abiertos tiquetes padres con todos los tiquetes hijos cerrados, debido a que no envía una alerta para que SGI proceda con el debido trámite para el cierre de los tiquetes padres.
2. En cuatro casos de tiquetes padres se calcula la antigüedad con la fecha en que se genera el reporte impreso y no la fecha de cierre del tiquete.
3. Existen 28 tiquetes padres abiertos (con hijos abiertos) y con antigüedad de 180 a 1041 días, tal como se observa en el siguiente gráfico:



Gestión Integrada indica que la situación obedece a diferentes razones, tal como se detallan a continuación:

Tabulación de las justificaciones de casos de tiquetes padres abiertos con hijos abiertos	Cantidad de casos
Atraso en la verificación del tiquete	6
Falta de contenido presupuestario	5
Plazo en el cumplimiento de la mejora	4
Atrasos en consultas sobre la Reforma procesal laboral a diferentes instancias: Ministerio de trabajo, Asesora legal externa y Gestión Jurídica.	1
En espera a que el modelo organizacional intervenga el negocio de TIC para solicitar los recursos necesarios para cumplir con los SLA	1
Falta de personal	1
La persona encargada de la encuesta de clima organizacional se encuentra incapacitado.	1
No apporto documentación soporte	1
No se ha encontrado un proveedor que de el mantenimiento a la totalidad del Sistema.	1
No se ha encontrado una empresa que preste el servicio	1
No se puede acceder a este tiquete	1
Omisión de evidencia	1
Omiten subir las evidencias	1
Se esta en espera del resultado del nuevo estudio de clima y a la implementación del nuevo modelo dentro del Negocio de Energía.	1
Tiquetes no forman parte del nuevo proceso de acreditación del laboratorio de Energía Eléctrica	1
Hallazgo se debían a situaciones externas al proceso	1
Total general	28



Para el control de las acciones se usa una herramienta informática que no cumple cabalmente con las necesidades ya que no permite su seguimiento oportuno, puede ocasionar un reproceso y debilitar el SGI.

4.3 Redacción de las acciones de mejora

Se observaron 9 casos en que el ticket padre no tiene concordancia con el ticket hijo, en sus respectivos títulos y descripciones, a medida de ejemplo se presentan los siguientes:

Título	Descripción
9a. Llenado de formularios	Se evidencian registros incompletos o sin llenar como ESPHF-SGI-079 y ESPHF-GA-019
A1. Llenado de formularios	Presentar lista de asistencia del personal de campo que realiza el llenado de los formularios ESPHF-SGI-079 y ESPHF-GA-019 de la UENAR.
Indicador sobre riesgo Biológico no cumple límite establecido.	El indicador sobre riesgo biológico no se está cumpliendo y está sobrepasando el límite establecido.
Presentación a las cuadrillas de la UENAR	Presentación al personal de campo sobre el tema de malos hábitos de higiene.
Reunión 5 minutos para recordar colocar los extintores al inicio de la jornada laboral.	Realizar una reunión con los operadores para recordarles que los extintores deben colocarse en su sitio al inicio de la jornada laboral.
17B- Gestión de Residuos peligrosos	Hallazgo #17 B) En patio switch se presenta inadecuada gestión de residuos
A1 Enviar al área de gestión de residuos peligrosos	Enviar al área de gestión de residuos peligrosos
Hallazgo c revisión por la dirección 01-2015 señalización de vías	Verificar señalización de vías cuando se realizan averías
A 1 prueba de uso de spray en campo	Realizar prueba de uso de spray en señalización de horadaciones
A 2 Adquisición de spray	Adquisición de spray para entregar a las cuadrillas

(*) El cuadro se transcribió tal cual de la base de datos incluyendo el encabezado. Las líneas con letras azules corresponden a los "tickets padres" y las líneas de fondo blanco con letras negras corresponden a los "tickets hijos".

La falta de concordancia hace que se incremente el riesgo de no cumplir la acción de mejora debido a que no queda claro la situación a resolver o solucionar.

4.4 Informe de la Dirección

En el informe a la Dirección del primer semestre del 2018 (correspondiente al segundo periodo del 2017), se señalan deficiencias, pero no se establecen medidas de mejora, entre ellas lo que tiene que ver con los cuasiaccidentes. El no tomar la medida correspondiente a tiempo podría ocasionar un aumento en la cantidad de accidentes.

5 CONCLUSIONES

- La Junta Directiva de la ESPH, no tuvo conocimiento explícito sobre el desarrollo del proceso de las recertificaciones de las siguientes Normas ISO:
 - ISO 9001:2008 (Sistema de Gestión de Calidad)
 - ISO 14001:2004 (Sistema de Gestión Ambiental)
 - OHSAS 18001:2009 (Sistema de Gestión en Salud y Seguridad Ocupacional)
 - INTE35.01.01 (Responsabilidad Social Empresarial)
 Ni de la Verificación de Carbono Neutro.



2. El SGI posee una herramienta informática que da seguimiento a las medidas de mejora pero que no cumple con los requerimientos necesarios y presenta deficiencias como por ejemplo no emitir alertas de recordatorio cuando los tiquetes hijos están cerrados y limita darles un seguimiento oportuno a las medidas de mejora.
3. En el Sistema de Acciones se determinó que existen 28 tiquetes padres que no han sido ejecutados con un promedio de 560 días de antigüedad.
4. En el Sistema de Acciones se presentan 9 casos que la redacción de la acción de mejora del tiquete padre no es concordante con la de los tiquetes hijos.
5. No se establecen medidas de mejora para los cuasiaccidentes.

6 RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

En cumplimiento de la normativa aplicable, esta Contraloría Empresarial emite 9 recomendaciones, las cuales están sujetas a lo dispuesto en los artículos 37 y 38 (ver anexo 7.2 Aspectos de Ley de Control Interno en la página 15 y 17), y tres observaciones sujetas a que la Administración Activa valore su implementación.

6.1 A la Junta Directiva

6.1.1 Recomendación

1. Velar porque SGI presente los informes en plazo establecido y proceder a tomar las decisiones respectivas. Para este primer año deberá abarcar del 2015 a la fecha para ser presentado al 31 de octubre 2019. Los siguientes informes deben ser presentados en el mes de enero del año siguiente **(Hallazgo 4.1, Conclusión N° 1)**.

6.2 A la Ingeniera Marcela Méndez Camacho, Líder de Gestión Integrada

6.2.1 Recomendaciones

1. Brindar un informe anual a Junta Directiva del estado de las certificaciones, sus costos, beneficios y seguimiento de las acciones de mejora, con el fin de que se tomen las decisiones correspondientes y darle un oportuno seguimiento al sistema, este informe anual deberá ser presentado en el mes de enero de cada año. Para este primer año deberá abarcar del 2015 a la fecha y ser presentado al 31 de octubre 2019. **(Hallazgo 4.1, Conclusión N° 1)**.
2. Contar con la autorización de la Junta Directiva para el trámite de nuevas certificaciones, debido a que esto abarca toda la empresa, incluyendo al jerarca institucional. Cumplimiento al 15 de setiembre 2019. **(Hallazgo 4.1, Conclusión N° 1)**.
3. Contar con una mejor herramienta para el manejo de acciones de mejora para lo cual se debe analizar, entre otras, las siguientes posibilidades:
 - a. Adquirir una herramienta adaptada a las necesidades de SGI.
 - b. Mejorar el Sistema de Acciones haciendo los cambios requeridos.

Lo anterior, para mejorar el control y darles seguimiento a las acciones de mejora pendientes, con el fin de perfeccionar el SGI.

Este sistema debe corregir el reporte de tiquete padre cerrado en el cálculo de la antigüedad. Cumplimiento al 15 de febrero del 2021. **(Hallazgo 4.2.1, Conclusión N° 2) (Hallazgo 4.2.2, Conclusión N° 2)**.



4. Realizar un control pormenorizado de las acciones de mejora con el fin de que no se generen atrasos. Cumplimiento 31 de octubre 2019. **(Hallazgo 4.2.3, conclusión No.3)**.
5. Depurar la base de datos de las acciones de mejora del SGI:
 - Dando de baja a aquellas que no se van a cumplir, indicándose los motivos o razones.
 - Mejorando la ortografía y redacción de las que tienen errores o resultan confusas para su lectura y comprensión.Con el fin de que la información que se maneja en la base de datos sea competente para la toma de decisiones y permita un mejor control y seguimiento a las acciones que si lo requieren. Cumplimiento 31 de octubre 2019. **(Hallazgo 4.3, Conclusión N° 4)**.
6. Dar asistencia técnica al personal para la inclusión de acciones de mejora y evaluar el conocimiento adquirido y puesto en práctica. Cumplimiento al 31 de enero 2020. **(Hallazgo 4.3, Conclusión N° 4)**.
7. Verificar al menos trimestralmente la redacción y ortografía de las acciones de mejora que han sido incorporadas durante el último año, comunicarse con las personas responsables a fin de que mejoren la ortografía y/o redacción, para establecer un mecanismo de mejora continua que permita que la información sea clara y disponible para la toma de decisiones. Cumplimiento al 31 de enero 2020. **(Hallazgo 4.3 Conclusión N° 4)**
8. Establecer acciones de mejora para los cuasiaccidentes con el fin de prevenir los accidentes. Cumplimiento al 31 de enero 2020. **(Hallazgo 4.4, Conclusión N° 5)**.

6.2.2 Observaciones

1. Valorar realizar auditorías no programadas para verificar el cumplimiento de la normativa sin previo aviso, ya que se observó que Gestión Integrada hace dos auditorías internas de calidad debidamente programadas y agendadas al año, tal y como lo establece la norma. Pero el hacer sin previo aviso una auditoría podría permitir una evaluación más precisa de la situación que ocurre cotidianamente.
2. Presentar el Informe de la Dirección del SGI en términos monetarios.
3. Cuando se opte por una nueva certificación valorar abrir una nueva orden de trabajo con el fin de llevar un registro de los costos asociados a la certificación.



7 ANEXOS

7.1 Observaciones recibidas por la Administración.

VALORACIÓN DE OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME DE AUDITORÍA SOBRE

Nº Párrafos	Párrafos
Observaciones Administración	La líder de Gestión Integrada solicita la ampliación de los plazos en las siguientes recomendaciones: Recomendación 6.2.1.1 se concede el plazo de tres meses cumplimiento al 31 de octubre del 2019. Recomendación 6.2.1.3 se concede el plazo de 18 meses cumplimiento al 15 de febrero del 2021.
¿Se acoge?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Argumentos Contraloría Empresarial	Esta Contraloría Empresarial acoge los cambios en los plazos en las recomendaciones propuestos por la administración.

7.2 Aspectos de Ley de Control Interno

De acuerdo con las instrucciones de la Contraloría General de la República, se recuerda los artículos 36, 37 y 38 de la Ley de Control Interno:

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

a) El titular subordinado, en un plazo improrrogable de diez días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, ordenará la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de ellas, en el transcurso de dicho plazo elevará el informe de auditoría al jerarca, con copia a la auditoría interna, expondrá por escrito las razones por las cuales objeta las recomendaciones del informe y propondrá soluciones alternas para los hallazgos detectados.

b) Con vista de lo anterior, el jerarca deberá resolver, en el plazo de veinte días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la documentación remitida por el titular subordinado; además, deberá ordenar la implantación de recomendaciones de la auditoría interna, las soluciones alternas propuestas por el titular subordinado o las de su propia iniciativa, debidamente fundamentadas. Dentro de los primeros diez días de ese lapso, el auditor interno podrá apersonarse, de oficio, ante el jerarca, para pronunciarse sobre las objeciones o soluciones alternas propuestas. Las soluciones que el jerarca ordene implantar y que sean distintas de las propuestas por la auditoría interna, estarán sujetas, en lo conducente, a lo dispuesto en los artículos siguientes.

c) El acto en firme será dado a conocer a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente, para el trámite que proceda.

Artículo 37. —Informes dirigidos al jerarca. Cuando el informe de auditoría esté dirigido al jerarca, este deberá ordenar al titular subordinado que corresponda, en un plazo improrrogable de treinta días hábiles contados a partir de la fecha de recibido el informe, la implantación de las recomendaciones. Si discrepa de tales recomendaciones, dentro del plazo indicado deberá ordenar las soluciones alternas que motivadamente disponga; todo ello tendrá que comunicarlo debidamente a la auditoría interna y al titular subordinado correspondiente.

Artículo 38. —Planteamiento de conflictos ante la Contraloría General de la República. Firme la resolución del jerarca que ordene soluciones distintas de las recomendadas por la auditoría interna, esta tendrá un plazo de quince días hábiles, contados a partir de su comunicación, para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, dentro de los ocho días hábiles siguientes, salvo que el jerarca se allane a las razones de inconformidad indicadas.

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.