



setena

Departamento de Planificación

**Informe de Autoevaluación del Sistema de
Control Interno SETENA-2025**

INF-DPLA-0001-2026



Costa Rica, abril 2026

Contenido

1	Introducción.....	7
2	Marco Legal y Normativo	8
2.1	Leyes aplicables.....	8
2.2	Normas Técnicas	9
2.3	Directrices de la CGR	9
3	Método de Aplicación Participativa.....	10
3.1	Rangos de Cumplimiento y Cuantificación.....	11
4	Resultados De La Autoevaluación Setena-2025	12
4.1	Participación por Departamento o unidad funcional.....	12
4.2	Componente I: Ambiente de Control	13
4.3	Componente II: Valoración del Riesgo (SEVRI).....	15
4.4	Componente III: Actividades de Control	16
4.5	Componente IV: Sistemas de Información	17
4.6	Componente V: Seguimiento al Sistema de Control Interno	18
5	Resultados de las Evidencias de Cumplimiento por Unidad	19
5.1	Hallazgos destacados por unidad	20
6	Barreras y Limitaciones Identificadas.....	22
7	Conclusiones.....	23
7.1	Eje de Ambiente de Control:	23
7.2	Eje de Valoración del Riesgo:	24
7.3	Eje de Actividades de Control:	24
7.4	Eje de Sistemas de Información:	25
7.5	Eje de Seguimiento:.....	25
8	Recomendaciones	26

Índice de Tablas

Tabla 1 Participación por departamento o unidad	12
Tabla 2 Frecuencia de reuniones de seguimiento de indicadores	18
Tabla 3 Cumplimiento del SCI por unidad y componente	20
Tabla 4 Percepción del personal sobre barreras para el cumplimiento de controles internos	22

Siglas y acrónimos

ASA: Auditoría y Seguimiento Ambiental

CGR: Contraloría General de la República

CP: Comisión Plenaria

DA: Dirección Administrativa

DEA: Departamento de Evaluación Ambiental

DEAE: Departamento de Evaluación Ambiental Estratégica

DG: Dirección General

DPLA: Departamento de Planificación

EIA: Evaluación de Impacto Ambiental

MINAE: Ministerio de Ambiente y Energía

POI: Plan Operativo Institucional

PGR: Procuraduría General de la República

SCI: Sistema de Control Interno

SETENA: Secretaría Técnica Nacional Ambiental

SEVRI: Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional

SG: Secretaría General

SIGAF: Sistema Integrado de Gestión de la Administración Financiera

SICOP: Sistema Integrado de Compras Públicas

TI: Tecnologías de Información

Conceptos clave

Actividades de Control: Políticas y procedimientos que permiten obtener la seguridad de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, por los jefes y los titulares subordinados para la consecución de los objetivos del SCI. (Art. 2°, inciso g, Ley N° 8292)

Ambiente de Control: Conjunto de factores del ambiente organizacional que deben establecer y mantener el jefe, los titulares subordinados y demás funcionarios, para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno y para una administración escrupulosa. (Art. 2°, inciso e, Ley N° 8292)

Autoevaluación del SCI: Proceso anual obligatorio mediante el cual la administración activa valora la calidad del funcionamiento de su sistema de control interno, identifica desviaciones y define acciones correctivas. Su realización es mandatoria conforme al artículo 17, inciso b, de la Ley N° 8292.

Evidencia de cumplimiento: Documentación comprobable que respalda el ejercicio de las obligaciones legales y normativas en materia de control interno por parte de los titulares subordinados, incluyendo políticas aprobadas, matrices de riesgo, informes de gestión, minutas de reuniones, entre otros.

Seguimiento del SCI: Actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno a lo largo del tiempo, así como para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud. (Art. 17, Ley N° 8292)

Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional: Sistema que permite identificar el nivel de riesgo institucional por áreas, sectores, actividades o tareas, y adoptar métodos de uso continuo y sistemático para analizar y administrar dicho riesgo. Su existencia es obligatoria conforme al artículo 18 de la Ley N° 8292 y las directrices D-3-2005-CO-DFOE de la CGR, LA GACETA 134 - martes 12 de julio del 2005

El presente informe fue elaborado por el Departamento de Planificación de SETENA con información brinda por funcionarios de la institución y sus unidades funcionales, en cumplimiento del artículo 17, inciso b, de la Ley General de Control Interno (N° 8292), y sirve de insumo oficial para la formulación del Plan de Mejora Institucional 2026.

Rol	Calidades	Firma
Redacción	Diego Armando Castro Vargas, Coordinador Técnico del Departamento de Planificación	
Autorización	Andrés Cortez Orozco, Secretario General	

1 Introducción

El Sistema de Control Interno (SCI) constituye uno de los pilares fundamentales de la gestión pública costarricense. Para la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA), como órgano rector del proceso de Evaluación de Impacto Ambiental en Costa Rica, el fortalecimiento continuo de sus controles internos no es solo una obligación legal, sino una responsabilidad ineludible ante la ciudadanía y el patrimonio natural del país.

La Ley General de Control Interno (Ley N° 8292) establece en su artículo 1° que su propósito es definir los criterios mínimos que deben observar la Contraloría General de la República y los entes sujetos a su fiscalización, en el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación de sus sistemas de control interno.

En cumplimiento de este mandato, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17, inciso b, que obliga a la administración activa a realizar por lo menos una vez al año las autoevaluaciones que conduzcan al perfeccionamiento del sistema de control interno, la SETENA presenta el presente Informe Final de Autoevaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al período enero a diciembre 2025.

Este ejercicio de autoevaluación tiene como objetivo verificar el grado de cumplimiento de los cinco componentes funcionales, establecidos en las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE): Ambiente de Control, Valoración del Riesgo (SEVRI), Actividades de Control, Sistemas de Información y Seguimiento.

La evaluación se realizó bajo un enfoque dual: por un lado, los jefes y titulares subordinados de cada unidad organizativa completaron un formulario de evidencias de cumplimiento; por otro, se aplicó un cuestionario digital a los 85 funcionarios de la institución, obteniendo 52 respuestas válidas, que representan el 61,2% de la población.

En términos normativos, el artículo 10 de la Ley N° 8292 establece que " Artículo 10.-Responsabilidad por el sistema de control interno. "Serán responsabilidad del jefe y del titular subordinado establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional. Asimismo, será responsabilidad de la administración activa realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento."

Lo cual otorga a este informe un carácter vinculante para la toma de decisiones institucionales. Asimismo, el artículo 13 regula los deberes en materia de ambiente de control, incluyendo el deber de "mantener y demostrar integridad y valores éticos en el ejercicio de sus deberes y obligaciones", promoviendo en toda la organización una cultura de cumplimiento y transparencia.

Con respecto al nuevo modelo organizacional, a partir del año 2025 la SETENA opera bajo una estructura ajustada que incluye:

- Secretaría General
- Planificación Institucional

- Tecnología de la Información
- Cooperación Internacional
- Dirección General
- Dirección Técnica
- Evaluación Ambiental
- Evaluación Ambiental Estratégica
- Auditoría y Seguimiento Ambiental
- Oficinas Regionales
- Dirección Administrativa
- Dirección Administrativo Financiero
- Educación Ambiental
- Plataforma de Servicios

Esta reestructuración fue considerada parcialmente al diseñar el instrumento de evaluación 2025, garantizando la cobertura de todas las unidades funcionales y así mismo integrar los procesos institucionales.

Los resultados de esta autoevaluación servirán de insumo para la formulación del Planes de trabajo según sean necesarios, así como integrarlos en los distintos instrumentos y herramientas de planificación con los que cuenta la institución, con el propósito de que cada unidad funcional, desde su ámbito de competencia, pueda plantear acciones concretas de mejora, fortaleciendo así la capacidad institucional para cumplir con su mandato constitucional de proteger el ambiente y los recursos naturales de Costa Rica.

2 Marco Legal y Normativo

2.1 Leyes aplicables

- Ley General de Control Interno (Ley N° 8292): Constituye la principal base jurídica. Su artículo 1° establece los criterios mínimos para el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del SCI. El artículo 17 obliga a la administración activa a realizar autoevaluaciones al menos una vez al año.
- Ley Orgánica de la Contraloría General de la República (Ley N° 7428): Otorga las facultades a la CGR para emitir la normativa técnica, directrices y políticas que coadyuvan a garantizar la eficiencia de los controles internos institucionales.
- Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos (Ley N° 8131): Junto a la Ley Orgánica de la CGR, sirve como fundamento jurídico básico para el desarrollo del Sistema de Control Interno costarricense.

2.2 Normas Técnicas

- N-2-2009-CO-DFOE: Normas de control interno para el Sector Público. Regulan los cinco componentes funcionales del SCI: ambiente de control, valoración del riesgo, actividades de control, sistemas de información y seguimiento.
- N-2-2007-CO-DFOE: Normas Técnicas para la gestión y el control de las Tecnologías de Información.

2.3 Directrices de la CGR

- D-3-2005-CO-DFOE: Directrices para el SEVRI: regulan la obligatoriedad del proceso de identificación, análisis y administración de riesgos.
- D-2-2008-CO-DFOE: Directrices para la autoevaluación anual y la evaluación externa de calidad de las auditorías internas.
- D-2-2004-CO: Directrices sobre principios y enunciados éticos: definen las regulaciones sobre ética institucional para jerarcas y servidores públicos.
- D-1-2005-CO-DFOE: Disposiciones para el informe de fin de gestión de los titulares subordinados.
- D-1-2007-CO: Directrices relativas a la rendición de garantías o cauciones de funcionarios que administran fondos públicos.

3 Método de Aplicación Participativa

El presente apartado describe el método de aplicación utilizado para la autoevaluación del Sistema de Control Interno (SCI) de la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA), correspondiente al período 2025. Este proceso se desarrolló con el propósito de valorar, de manera sistemática y objetiva, el grado de cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N.º 8292, así como identificar oportunidades de mejora en la gestión institucional.

Para garantizar un análisis integral, se empleó una metodología mixta basada en la recopilación de evidencia documental y la percepción del personal institucional. Esta combinación permitió contrastar el cumplimiento formal de los componentes del SCI con la experiencia práctica de los funcionarios en el desarrollo de sus funciones, fortaleciendo así la validez de los resultados obtenidos.

La aplicación de instrumentos diferenciados por nivel organizacional permitió abarcar tanto la perspectiva de los titulares subordinados, responsables directos de los procesos, como la del conjunto de funcionarios, quienes aportan una visión operativa del funcionamiento del control interno.

La autoevaluación del SCI de la SETENA para el período 2025 se llevó a cabo mediante los siguientes instrumentos:

- a) Formulario de Evidencias de Cumplimiento (por unidad): Dirigido a los titulares subordinados de cada departamento, este instrumento estructurado en los cinco componentes del SCI solicitó evidencia documental del cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley N.º 8292. Lo completaron seis unidades: Dirección General, Departamento de Evaluación Ambiental (DEA), Evaluación Ambiental Estratégica (DEAE), Auditoría y Seguimiento Ambiental (ASA), Asesoría Legal y Dirección Administrativa.
- b) Cuestionario digital a funcionarios: Se aplicó un cuestionario digital de 17 preguntas a los 85 funcionarios de la SETENA, estructurado en los cinco ejes estratégicos del SCI. El formulario fue anónimo (excepto para identificar el departamento o unidad funcional) y permitía respuestas de selección (Sí / No / Parcialmente) y escalas de percepción del 1 al 5. El período de aplicación fue en el primer trimestre de 2026 con datos del año 2025.

Muestra Total	Respuestas válidas
85 funcionarios	52 respuestas (61.2%)

Fuente: Elaboración Propia, datos cuestionario aplicado a funcionarios.

La participación en el proceso de autoevaluación del Sistema de Control Interno evidencia un nivel satisfactorio de involucramiento institucional, alcanzando un 61,2% de respuestas válidas (52 de 85 funcionarios). Este resultado refleja una

adecuada disposición del personal para contribuir activamente en los procesos de mejora y fortalecimiento de la gestión institucional.

El nivel de respuesta obtenido permite contar con una base representativa y confiable de información, lo cual fortalece la validez de los resultados y facilita la toma de decisiones informadas.




Por esto la participación alcanzada constituye un insumo valioso para el análisis del SCI y sienta una base positiva para continuar promoviendo una mayor integración del personal en futuros ejercicios autoevaluativos.

3.1 Rangos de Cumplimiento y Cuantificación

Se establecen los criterios metodológicos utilizados para la interpretación de los resultados obtenidos en la autoevaluación del Sistema de Control Interno (SCI) de la SETENA. Con el fin de garantizar consistencia, comparabilidad y claridad en el análisis, se adopta una escala de cumplimiento basada en rangos de valoración previamente definidos y alineados con los criterios aplicados en el período anterior.

Esta escala permite clasificar los resultados cuantitativos según su nivel de cumplimiento, facilitando la identificación de fortalezas institucionales y áreas que requieren atención o mejora.

Para la interpretación de los resultados cuantitativos (escala del 1 al 5) se utiliza la siguiente escala de cumplimiento:

Rango	Puntuación	Nivel	Acción requerida
 Crítico	1.0 – 2.5	Deficiente	Requiere atención prioritaria e inmediata. Deben establecerse planes de mejora urgentes.
 Moderado	2.6 – 3.9	En desarrollo	Requiere atención y acciones de mejora planificadas.
 Satisfactorio	4.0 – 5.0	Adecuado	Podría incluir acciones de mejora continua; requiere monitoreo periódico.

Fuente: Elaboración Propia

Las preguntas de respuesta dicotómica (Sí/No) y las de opción múltiple (Sí/Parcialmente/No) se analizan calculando el porcentaje de respuestas afirmativas, interpretando como favorable toda respuesta "Sí" y como área de mejora toda respuesta "No" o "Parcialmente". El análisis combina los resultados del cuestionario institucional con las evidencias de cumplimiento reportadas por las jefaturas de cada unidad.

4 Resultados De La Autoevaluación Setena-2025

El presente apartado expone los resultados obtenidos en la autoevaluación, integrando de manera sistemática la información recopilada mediante los instrumentos aplicados. El análisis se estructura conforme a los cinco componentes del SCI establecidos en la Ley N.º 8292, lo que permite una valoración integral del estado del sistema en la institución.

Los resultados presentados combinan, por un lado, la percepción de los funcionarios recabada a través del cuestionario institucional y, por otro, las evidencias de cumplimiento aportadas por las jefaturas de cada unidad organizativa.

Este enfoque permite contrastar la práctica operativa cotidiana con el cumplimiento formal de los lineamientos normativos, generando una visión más completa, objetiva y robusta del funcionamiento del SCI.

4.1 Participación por Departamento o unidad funcional

A continuación, se presenta la distribución de la participación del personal en el cuestionario de autoevaluación del Sistema de Control Interno (SCI), desagregada por departamento o unidad organizativa. Este análisis permite identificar el nivel de representación de cada área dentro del total de respuestas obtenidas, así como visualizar la concentración de la participación institucional en el proceso evaluativo.

Es importante señalar que, si bien se dispone del número de respuestas por dependencia, no se cuenta con el total de plazas por unidad, por lo que no es posible calcular un porcentaje de participación específico por cada área. No obstante, la información presentada constituye un insumo relevante para comprender la cobertura del instrumento aplicado y la distribución del involucramiento institucional.

Tabla 1 Participación por departamento o unidad

Departamento/Unidad	Respuestas	% sobre total respuestas	% participación*
Dirección Administrativa	16	30.8%	–
Departamento de Evaluación Ambiental (DEA)	13	25.0%	–
Auditoría y Seguimiento Ambiental (ASA)	8	15.4%	–
Asesoría Legal	5	9.6%	–
Evaluación Ambiental Estratégica (DEAE)	4	7.7%	–
Dirección General (DG)	2	3.8%	–
Planificación	1	1.9%	–
Secretaría General (SG)	1	1.9%	–
Comisión Plenaria (CP)	1	1.9%	–
Tecnologías de Información (TI)	1	1.9%	–
TOTAL	52	100%	61.2%

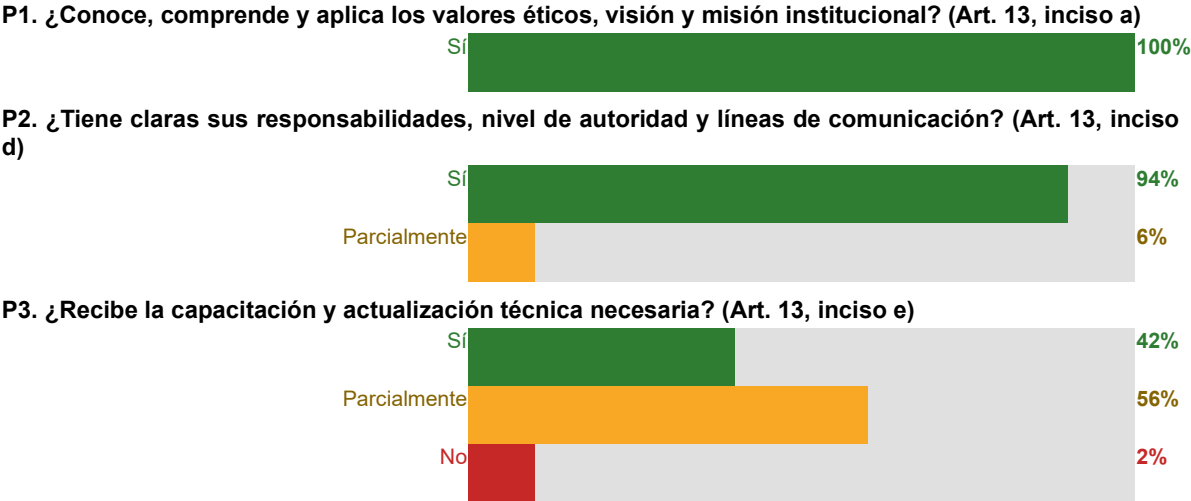
Fuente: Elaboración Propia con insumos enviados por las unidades funcionales.

Los resultados evidencian una participación concentrada principalmente en áreas operativas clave, destacando la Dirección Administrativa (30,8%) y el Departamento de Evaluación Ambiental (25,0%), que en conjunto aportan más de la mitad de las respuestas (55,8%). Esta alta participación fortalece la representatividad de los resultados en los procesos sustantivos y de apoyo administrativo de la institución.

Asimismo, unidades como Auditoría y Seguimiento Ambiental (15,4%) y Asesoría Legal (9,6%) presentan niveles de participación relevantes, lo que contribuye a enriquecer el análisis desde perspectivas técnicas especializadas. Por su parte, otras dependencias muestran una participación menor (igual o inferior al 7,7%), lo cual es esperable considerando su tamaño o estructura organizativa.

4.2 Componente I: Ambiente de Control

El Ambiente de Control constituye la base del Sistema de Control Interno. El artículo 13 de la Ley N° 8292 establece los deberes del jerarca y los titulares subordinados en esta materia, incluyendo el deber de "mantener y demostrar integridad y valores éticos" y "desarrollar y mantener una filosofía y un estilo de gestión que permitan administrar un nivel de riesgo determinado". A continuación, se presentan los resultados del cuestionario aplicado a los funcionarios:



Nivel de cumplimiento percibido del Ambiente de Control (escala 1-5)

Promedio: 4.48/5 (Satisfactorio)

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Respuestas	0	1	2	20	29
Conocen valores/misión/visión	Responsabilidades claras		Capacitación adecuada		
100%	94.2%		42.3%		

Los resultados del Componente de Ambiente de Control son altamente positivos en los indicadores de conocimiento institucional y claridad de funciones. El 100% de los encuestados indica conocer, comprender y aplicar los valores éticos, la visión y la misión de la SETENA, lo que refleja el éxito de las estrategias de comunicación institucional implementadas desde la Secretaría y Dirección General, incluyendo las campañas de ética, las infografías sobre valores compartidos y las charlas de la Procuraduría General de la República en temas como probidad, conflictos de intereses y protección de datos personales.

El aspecto más crítico de este componente es la capacitación técnica, donde únicamente el 42,3% indica recibirla adecuadamente, mientras que el 55,8% la percibe como parcial. Esta brecha es consistente con los comentarios abiertos del cuestionario, donde múltiples funcionarios señalan la necesidad de "capacitación continua", particularmente en plataformas digitales, sistemas de información geográfica y normativa aplicable.

La Dirección Administrativa reportó en sus evidencias el recibo de capacitaciones por parte del Ministerio de Hacienda en contratación pública y SICOP, así como de la Comisión de Ética de SETENA; sin embargo, este esfuerzo aún no cubre de manera uniforme a todos los funcionarios.

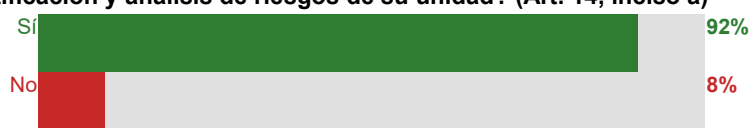
4.3 Componente II: Valoración del Riesgo (SEVRI)

La valoración del riesgo es un componente esencial del SCI. El artículo 14 de la Ley N° 8292 establece la obligación de identificar y analizar los riesgos relevantes para el cumplimiento de los objetivos institucionales. El artículo 18 obliga a contar con un Sistema Específico de Valoración del Riesgo Institucional (SEVRI). Los resultados del cuestionario institucional son los siguientes:

P4. ¿Conoce los riesgos específicos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos de su área? (Art. 14)



P5. ¿Participa activamente en la identificación y análisis de riesgos de su unidad? (Art. 14, inciso a)



Nivel de cumplimiento percibido de la Valoración del Riesgo (escala 1-5)

Promedio: 4.19/5 (Satisfactorio)

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Respuestas	1	0	8	22	21
Conoce los riesgos de su área			Participa en identificación de riesgos		
73.1%			92.3%		

El Componente de Valoración del Riesgo obtiene resultados moderados. Si bien el 92,3% de los funcionarios indica participar activamente en la identificación de riesgos junto con su equipo y jefatura, existe una brecha importante: solo el 73,1% afirma conocer los riesgos específicos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos de su área, con un 26,9% que solo los conoce parcialmente.

Esto sugiere que, aunque se realizan los ejercicios de identificación de riesgos, la comunicación y divulgación interna de los resultados de esos ejercicios podría fortalecerse.

En cuanto a las evidencias reportadas por las jefaturas, durante el 2025 todos los departamentos evaluados actualizaron sus matrices de identificación y valoración de riesgos institucionales. El DEAE, DEA y ASA reportan la renovación de sus matrices de riesgo con inclusión de los riesgos identificados en los planes de trabajo para 2026.

La Dirección General reporta la realización de la Auditoría de Gestión del Riesgo de Corrupción en el Proceso de Evaluación de Impacto Ambiental por parte de la CGR, con seguimiento trimestral de avances. Sin embargo, la Dirección Administrativa

señaló que, aunque se identifican riesgos en los planes de trabajo, no se cuenta aún con evidencias documentadas de las Actividades de Respuesta al Riesgo (ARR), aspecto que deberá corregirse en 2026.

4.4 Componente III: Actividades de Control

Las Actividades de Control son las políticas y procedimientos que permiten asegurar que se llevan a cabo las disposiciones de la Contraloría General de la República y de los jerarcas para la consecución de los objetivos del SCI, conforme al artículo 15 de la Ley N° 8292. Los resultados son los siguientes:

P6. ¿Conoce y aplica los manuales, políticas y procedimientos vigentes para sus funciones? (Art. 15)



P7. ¿Aplica las medidas para proteger y custodiar los activos institucionales asignados? (Art. 8 y Art. 15)



Nivel de cumplimiento percibido de las Actividades de Control (escala 1-5)

Promedio: 4.63/5 (Satisfactorio)

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Respuestas	0	0	1	17	34
Aplica manuales y procedimientos	92.3%				
Protege activos institucionales	92.3%				

Las Actividades de Control constituyen el componente con mayor nivel de cumplimiento percibido, con un promedio de 4,63 sobre 5. El 92,3% de los funcionarios indica conocer y aplicar correctamente los manuales, políticas y procedimientos documentados vigentes, y un porcentaje idéntico aplica las medidas de seguridad para proteger los activos institucionales.

En materia de evidencias, los departamentos reportan avances significativos en el diseño y perfeccionamiento de controles. La Asesoría Legal cuenta con 44 reuniones semanales de seguimiento en 2025, flujogramas de procesos digitalizados y un Dashboard en Looker Studio (Google Data Studio) para dar seguimiento a indicadores por colaborador.

El DEA destaca por la implementación de una calculadora de asignación aleatoria de expedientes, formularios estandarizados de revisión geoespacial (DEA-SIG-Form-VPEIA-001-2025) y reportes de eficiencia trimestrales accesibles en línea. La

Dirección Administrativa dispone de flujogramas para facturación, garantías y consultores, con conciliación bancaria mensual y revisión de ejecución presupuestaria semanal en SIGAF.

4.5 Componente IV: Sistemas de Información

Los Sistemas de Información son esenciales para garantizar que la administración activa cuenta con datos confiables, relevantes y oportunos para la toma de decisiones. El artículo 16 de la Ley N° 8292 establece la obligación de contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, así como políticas y procedimientos para el archivo institucional. Los resultados del cuestionario son:

P8. ¿La información que recibe de superiores y compañeros es confiable, oportuna y útil? (Art. 16)



P9. ¿Aplica regulaciones de seguridad institucional para proteger sistemas de información? (Art. 15, inciso c)



P10. ¿Aplica políticas de gestión documental para salvaguardar documentos físicos y digitales? (Art. 16, inciso c)



Nivel de cumplimiento percibido de los Sistemas de Información (escala 1-5)

Promedio: 4.54/5 (Satisfactorio)

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Respuestas	0	0	2	20	30
Información confiable y oportuna					
	82.7%		98.1%		90.4%
			Seguridad de TI		Gestión documental

El Componente de Sistemas de Información obtiene resultados muy positivos. Destaca especialmente el cumplimiento en seguridad de sistemas de información (98,1%) y gestión documental (90,4%). La Dirección General reporta como avances clave la emisión de la SETENA-CIRCULAR-SG-0004-2025 (Directriz para la gestión de expedientes físicos y digitales) y la SETENA-CIRCULAR-SG-0011-2025 (Directriz sobre notificación de documentación), así como la Política Institucional de Uso Seguro de Dispositivos USB.

Sin embargo, el 17,3% de los funcionarios percibe que la información recibida de superiores y compañeros es solo parcialmente confiable u oportuna, lo que constituye una señal de alerta sobre la comunicación interna.

4.6 Componente V: Seguimiento al Sistema de Control Interno

El seguimiento del SCI comprende las actividades que se realizan para valorar la calidad de su funcionamiento a lo largo del tiempo. El artículo 17 de la Ley N° 8292 establece que la administración activa debe: (a) realizar continuamente acciones de control y prevención, (b) realizar al menos una vez al año la autoevaluación del SCI, y (c) implantar oportunamente los resultados de las evaluaciones periódicas, dentro de los diez días hábiles siguientes a su notificación. Los resultados son:

P11. ¿Informa oportunamente a su jefatura cuando detecta desviaciones o irregularidades? (Art. 17, inciso a)



P12. ¿Existe un proceso documentado claro para reportar fallas o debilidades en el SCI?



Frecuencia de reuniones periódicas de jefatura para analizar indicadores del departamento:

Tabla 2 Frecuencia de reuniones de seguimiento de indicadores

Frecuencia	Respuestas	Porcentaje	Evaluación
Trimestralmente	14	26.9%	●
No lo realiza periódicamente	10	19.2%	●
Semanalmente	8	15.4%	●
Quincenalmente	8	15.4%	●
Mensualmente	6	11.5%	●
Semestralmente	4	7.7%	●

Fuente: Elaboración Propia con insumos enviados por las unidades funcionales.

Nivel de cumplimiento percibido del Seguimiento al SCI (escala 1-5)

Promedio: 4.21/5 (Satisfactorio)

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Respuestas	0	1	9	20	22
Informa desviaciones a jefatura	Proceso documentado para reportar fallas		Sin reuniones periódicas regulares		
90.4%	51.9%		19.2%		

El Componente de Seguimiento obtiene resultados mixtos. La disposición de los funcionarios a informar desviaciones a su jefatura es alta (90,4%), lo cual evidencia una cultura organizacional favorable al reporte interno. No obstante, existe un hallazgo preocupante: solo el 51,9% de los funcionarios indica que existe un proceso documentado claro para reportar fallas o debilidades en el SCI, y el 48,1% responde negativamente. Esto evidencia una brecha significativa en la institucionalización de los mecanismos de seguimiento.

En cuanto a la periodicidad de las reuniones de análisis de indicadores, el 19,2% de los funcionarios indica que su jefatura no las realiza periódicamente, y el 7,7% señala una frecuencia semestral.

5 Resultados de las Evidencias de Cumplimiento por Unidad

El presente apartado expone los resultados del análisis de las evidencias de cumplimiento del Sistema de Control Interno (SCI) reportadas por las distintas unidades organizativas de la institución, correspondientes al período enero a diciembre 2025. Este ejercicio tiene como objetivo valorar el grado de implementación de los cinco componentes del SCI, a partir de la verificación documental suministrada por cada dependencia.

La información se presenta de forma consolidada, permitiendo visualizar de manera comparativa el nivel de cumplimiento alcanzado por cada unidad, así como identificar aquellas áreas que se encuentran en proceso de implementación o que requieren fortalecimiento. Para facilitar su interpretación, se emplea una categorización que distingue entre cumplimiento total, implementación en curso y casos donde no aplica o no se cuenta con evidencia.

El análisis se complementa con un resumen de hallazgos relevantes por unidad organizativa, lo que permite contextualizar los resultados, destacar buenas prácticas institucionales y señalar oportunidades de mejora específicas. De esta manera, este apartado constituye un insumo clave para la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento continuo del SCI y al incremento de la madurez institucional en materia de control interno.

A continuación, se presenta un resumen consolidado de las evidencias de cumplimiento reportadas por cada unidad organizativa, en los cinco componentes del SCI, correspondiente al período enero a diciembre 2025:

Tabla 3 Cumplimiento del SCI por unidad y componente

Unidad	Ambiente de Control	Valoración Riesgo	Actividades Control	Sistemas Información	Seguimiento
Dirección General	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%	📦 Impl.	☑ 100%
DEA	📦 Impl.	📦 Impl.	☑ 100%	☑ 100%	📦 Impl.
DEAE	☑ 100%	☑ 100%	📦 Impl.	☑ 100%	☑ 100%
ASA	📦 Impl.	📦 Impl.	☑ 100%	📦 Impl.	☑ 100%
Asesoría Legal	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%
Dir. Administrativa	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%	☑ 100%	⚠ N/A

☑ = Cumple al 100% | 📦 = En fase de implementación | ⚠ = No aplica / sin evidencias

Fuente: Elaboración Propia con insumos enviados por las unidades funcionales.

5.1 Hallazgos destacados por unidad

A continuación, se presentan los principales hallazgos derivados del análisis de las evidencias de cumplimiento del Sistema de Control Interno (SCI) por unidad organizativa.

Este resumen permite identificar el nivel de madurez alcanzado en cada dependencia, destacando tanto las buenas prácticas implementadas como las áreas que requieren fortalecimiento, con el fin de orientar acciones de mejora continua a nivel institucional.

- **Dirección General:** Reporta el mayor nivel de madurez en el SCI institucional. Destaca la emisión de circulares normativas, la Política de Gestión Ética con su plan de acción, el uso del Dashboard Addax para seguimiento en tiempo real, y la tramitación de la creación de la Unidad de Auditoría Interna (En proceso o proyecto), aspecto de alta relevancia para el fortalecimiento del control institucional. Tiene en implementación los controles trazables para indicadores de eficiencia y eficacia.
- **Departamento de Evaluación Ambiental (DEA):** Cuenta con sistemas robustos de control operativo, incluyendo plataforma digital automatizada según el Decreto 43898, calculadora de asignación aleatoria de expedientes, formularios de revisión estandarizados y reportes de eficiencia en línea. Tiene pendiente la formalización de las guías de revisión para todos los instrumentos. Se encuentra en respuesta al informe DFOE-SOS-IAD-00008-2025 de la CGR.
- **Departamento de Evaluación Ambiental Estratégica (DEAE):** Presenta buen desempeño general. Completó la actualización del Manual de Puestos, la matriz de riesgos y los acuerdos de planificación de objetivos.

La aprobación de los formularios actualizados se formalizó en febrero 2026, ligeramente fuera del período evaluado. En el apartado de estructura organizativa reporta no haber trabajado el tema en 2025.

- Departamento de Auditoría y Seguimiento Ambiental (ASA): Tiene implementadas las actividades de control principales, con segregación de tareas documentada en cuatro etapas. La actualización de la documentación interna del ambiente ético está en proceso; se prevé completar las evidencias en 2026. Participó en auditoría de seguimiento por parte de la CGR en 2025. Requiere fortalecer la documentación del sistema de información.
- Asesoría Legal: El departamento con mayor nivel de documentación de evidencias en 2025. Cuenta con 44 minutas de reuniones semanales, Dashboard en Looker Studio para seguimiento de gestiones, control de asignación de casos y flujogramas de procesos digitalizados. Identifica como área de mejora las incompatibilidades de formatos de la plataforma digital con los sistemas judiciales externos.
- Dirección Administrativa: Reporta controles sólidos en la mayoría de los componentes. Gestiona el archivo institucional, realiza conciliaciones bancarias mensuales y revisiones presupuestarias semanales en SIGAF. La debilidad principal es la falta de puestos o personal.

6 Barreras y Limitaciones Identificadas

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno institucional y promover una gestión más eficiente, se realizó un levantamiento de información orientado a identificar las principales barreras que enfrentan las y los funcionarios en la aplicación de los controles en sus labores diarias.

Este ejercicio permitió recopilar percepciones desde la experiencia operativa, mediante respuestas múltiples, lo que facilita comprender no solo la frecuencia de las limitaciones, sino también su coexistencia dentro de los procesos institucionales.

El análisis de estos resultados resulta fundamental para la toma de decisiones estratégicas, ya que permite priorizar acciones de mejora orientadas a reducir riesgos operativos, optimizar recursos y fortalecer la cultura de control dentro de la organización.

Tabla 4 Percepción del personal sobre barreras para el cumplimiento de controles internos

Barrera identificada	Frecuencia mencionada	% sobre total respuestas
Carga excesiva de trabajo	26	50.0%
Falta de capacitación sobre controles específicos	15	28.8%
Falta de comunicación entre áreas	17	32.7%
Falta de recursos tecnológicos o infraestructura	10	19.2%
Procedimientos obsoletos o confusos	8	15.4%
Falta de liderazgo o supervisión adecuada	5	9.6%
Ninguna barrera identificada	13	25.0%

Fuente: Elaboración Propia, datos cuestionario aplicado a funcionarios.

Los resultados evidencian que la carga excesiva de trabajo (50%) constituye la principal barrera para la aplicación efectiva de los controles internos, posicionándose como un factor crítico de nivel alto. Este hallazgo sugiere una posible sobrecarga operativa que limita la capacidad de los funcionarios para cumplir adecuadamente con los procedimientos establecidos, lo que podría derivar en omisiones, retrasos o debilidades en la ejecución de controles clave.

En el nivel medio, se identifican barreras relacionadas con aspectos estructurales y de gestión institucional, tales como la falta de comunicación entre áreas (32,7%) y la falta de capacitación específica en controles (28,8%). Estos factores reflejan debilidades en la articulación organizacional y en el desarrollo de competencias técnicas, lo que puede generar interpretaciones inconsistentes de los procedimientos, duplicidad de esfuerzos o aplicación inadecuada de los controles.

La falta de recursos tecnológicos o infraestructura (19,2%) y la existencia de procedimientos obsoletos o confusos (15,4%) evidencian limitaciones en el soporte operativo y normativo, lo cual impacta directamente la eficiencia y claridad en la ejecución de las tareas. Por su parte, aunque con menor frecuencia, la falta de liderazgo o supervisión adecuada (9,6%) señala oportunidades de mejora en el

acompañamiento y seguimiento de las labores, aspecto clave para asegurar la correcta implementación de los controles internos.

Resulta relevante destacar que un 25% de los funcionarios no identifica barreras significativas, lo cual evidencia una percepción heterogénea dentro de la institución, esta variabilidad puede estar asociada a diferencias en la carga laboral, nivel de experiencia, acceso a recursos o características propias de cada unidad organizativa, lo que sugiere la necesidad de abordar las acciones de mejora con un enfoque diferenciado.

En cuanto a las sugerencias planteadas por los funcionarios, estas se alinean directamente con las principales brechas identificadas, destacando la necesidad de:

- Integrar y simplificar los sistemas digitales, reduciendo la dispersión de plataformas.
- Fortalecer la capacitación continua, orientada a controles específicos.
- Mejorar la comunicación interdepartamental, promoviendo mayor articulación.
- Incrementar los mecanismos de seguimiento y auditoría interna, para asegurar el cumplimiento.
- Optimizar las herramientas tecnológicas existentes.

7 Conclusiones

Las conclusiones del presente informe han sido estructuradas a partir de un enfoque por ejes temáticos, lo que permite una comprensión integral y ordenada de los principales hallazgos identificados. Esta metodología facilita agrupar los resultados según los componentes clave del sistema de control interno, promoviendo una lectura más analítica y orientada a la toma de decisiones.

7.1 Eje de Ambiente de Control:

- Se evidencia que el ambiente de control institucional presenta niveles heterogéneos de madurez, dado que una proporción relevante de funcionarios no identifica barreras, mientras que otros señalan limitaciones significativas en su gestión diaria.
- La carga excesiva de trabajo constituye el principal factor que debilita el ambiente de control, al limitar la correcta ejecución de procedimientos y afectar la adherencia a los controles establecidos.
- Existen debilidades en la comunicación organizacional, particularmente en la articulación entre áreas, lo cual incide negativamente en la claridad, coordinación y aplicación uniforme de los controles internos.
- Se identifican brechas en capacitación técnica, especialmente en lo relativo a controles específicos, lo que podría generar inconsistencias en la aplicación de normativas y procedimientos institucionales.
- La percepción de procedimientos obsoletos o poco claros sugiere la necesidad de actualización normativa, como elemento clave para fortalecer la cultura de control y la seguridad operativa.

- Las limitaciones en recursos tecnológicos e infraestructura afectan el desempeño institucional y evidencian la necesidad de modernizar herramientas que respalden adecuadamente los controles internos.
- Las sugerencias del personal reflejan una disposición positiva hacia la mejora continua, destacando áreas prioritarias como la simplificación de procesos, fortalecimiento de capacidades y optimización tecnológica.

7.2 Eje de Valoración del Riesgo:

- Se cuenta con una base establecida para la gestión de riesgos, evidenciando esfuerzos en la identificación y análisis de situaciones que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos.
- Se observa una aplicación progresiva de prácticas de valoración del riesgo en distintas áreas, lo que refleja un avance en la incorporación de este enfoque dentro de la gestión institucional.
- Existen oportunidades para fortalecer y estandarizar las metodologías de gestión de riesgos, lo cual permitiría consolidar criterios homogéneos en toda la organización.
- La integración de la gestión de riesgos en los procesos de planificación presenta avances, con potencial para consolidarse como una herramienta estratégica clave en la toma de decisiones.
- La participación del personal en los procesos de valoración del riesgo refleja una disposición positiva hacia la gestión institucional, la cual puede ser fortalecida mediante acciones de sensibilización y capacitación.

7.3 Eje de Actividades de Control:

- La institución cuenta con actividades de control definidas e incorporadas en los procesos clave, lo que constituye una base adecuada para el cumplimiento de los objetivos; no obstante, su aplicación presenta niveles de consistencia variables entre áreas.
- Se evidencia que los controles forman parte de la operativa diaria, aunque en algunos casos su ejecución se ve limitada por factores como la carga de trabajo y la complejidad de los procedimientos.
- Los controles implementados responden en su mayoría a un enfoque correctivo y para su detección, con margen para fortalecer los controles de carácter preventivo.
- La experiencia del personal favorece la aplicación de los controles, aunque persisten brechas en capacitación específica, lo que puede generar diferencias en su interpretación y ejecución.
- Se evidencia una base funcional en el uso de herramientas tecnológicas como soporte de control, con potencial para fortalecer su integración y optimización en los procesos institucionales.

7.4 Eje de Sistemas de Información:

- Existen sistemas de información que respaldan eficazmente la gestión operativa, permitiendo el registro, procesamiento y consulta oportuna de datos. Esto contribuye a una ejecución más ordenada de las funciones institucionales y a una mayor trazabilidad de las actividades realizadas.
- La utilización de diversas plataformas digitales facilita la atención de las necesidades específicas de cada área, permitiendo una gestión más especializada de los procesos. Esta diversidad tecnológica constituye una fortaleza que, bien articulada, potencia la cobertura y capacidad operativa institucional, pero debe potencializarse y entrelazarse adecuadamente.
- La información generada por los sistemas presenta niveles adecuados de disponibilidad, acceso y utilidad, lo que favorece la toma de decisiones tanto a nivel operativo como estratégico, así como el seguimiento de metas y resultados institucionales.
- Se evidencian avances en la articulación e interoperabilidad de los sistemas, lo que refleja un proceso de madurez progresiva en la gestión tecnológica. Estas condiciones permiten continuar fortaleciendo la integración de la información y mejorar la coordinación entre áreas.
- El personal institucional muestra una actitud favorable hacia el uso de herramientas tecnológicas, lo cual es un elemento estratégico para la mejora continua, ya que facilita la adopción de nuevas funcionalidades, procesos digitales y buenas prácticas en la gestión de la información.

7.5 Eje de Seguimiento:

- Se cuenta con mecanismos de seguimiento que permiten dar continuidad a la gestión institucional, facilitando la verificación del cumplimiento de objetivos, metas y actividades programadas.
- Se evidencia la existencia de prácticas de monitoreo y control periódico, lo que contribuye a mantener visibilidad sobre el desempeño de los procesos y a identificar oportunidades de mejora de manera oportuna.
- El seguimiento institucional se apoya en herramientas e instrumentos de control, tales como informes, indicadores y reportes, que permiten evaluar el avance de la gestión y respaldar la toma de decisiones.
- Se identifican avances en la cultura de seguimiento y evaluación, reflejados en la disposición de las áreas para reportar resultados y dar trazabilidad a sus acciones.
- La participación de las jefaturas y equipos de trabajo en los procesos de seguimiento contribuye a fortalecer la responsabilidad y el compromiso institucional, promoviendo una mayor alineación con los objetivos organizacionales.

8 Recomendaciones

- Diseñar e implementar un Plan Anual de Capacitación Técnica 2026 que cubra a todos los funcionarios según sus áreas de competencia, con énfasis en plataformas digitales, normativa aplicable y gestión de controles internos.
- Mantener y fortalecer las estrategias de comunicación de valores institucionales, código de ética y filosofía de gestión, incorporando mecanismos de retroalimentación que permitan verificar la efectiva asimilación de estos elementos por parte de todos los funcionarios.
- Establecer un mecanismo institucional para comunicar a nivel operativo los resultados de los ejercicios de identificación de riesgos, garantizando que el 100% de los funcionarios conozca los riesgos específicos de su área de trabajo.
- Requerir a todos los departamentos la documentación formal de las Actividades de Respuesta al Riesgo y su seguimiento trimestral, con reporte al Departamento de Planificación.
- Completar la actualización y formalización de todos los procedimientos institucionales pendientes.
- Garantizar que todos los instrumentos de evaluación del DEA cuenten con guías de revisión asociadas al informe técnico, según lo identificado como pendiente por esa unidad.
- Solicitar a la Dirección General y a TI un diagnóstico de los sistemas de información institucionales, con el objetivo de identificar cuáles pueden eliminarse por obsolescencia y cómo centralizar la operación en plataformas de última generación, reduciendo la carga de trabajo duplicada.
- Atender con prioridad las fallas ocasionales de la plataforma digital institucional que afectan la productividad y la confiabilidad de la información, coordinando con el proveedor o con TI según corresponda.
- Revisar los formatos aceptados en la plataforma digital para gestión de expedientes del Departamento Legal, garantizando su compatibilidad con los requerimientos de los sistemas judiciales y administrativos externos.
- Diseñar y divulgar formalmente un Protocolo Institucional para el Reporte de Fallas y Debilidades en el SCI, de manera que el 100% de los funcionarios conozca el proceso, los canales habilitados y los plazos para el reporte. Alinearlo con lo establecido en el artículo 17 de la Ley N° 8292.
- Establecer como política institucional la realización de reuniones periódicas de análisis de indicadores de gestión en todos los departamentos, con una frecuencia mínima trimestral, documentadas mediante minutas.
- Continuar con la elaboración del Informe de Autoevaluación del SCI de manera anual, incorporando a partir del período 2026 una sección de seguimiento a las recomendaciones del año anterior, con estado de cumplimiento (Cumplido / En proceso / Pendiente).
- Avanzar en la tramitación de la creación de la Unidad de Auditoría Interna, cuya ausencia ha sido identificada por múltiples departamentos como una limitación para el seguimiento independiente.