



AUDITORÍA INTERNA

INFORME DE AUDITORÍA DE CARÁCTER OPERATIVO

INAMU-JD-AI-In-007-2026

**OFICIO DE REMISIÓN
INAMU-JD-AI-126-2026**

JUNIO 2026

**ESTUDIO DE CONTROL INTERNO CORRESPONDIENTE A LA
VISITA REALIZADA A LA UNIDAD REGIONAL HUETAR CARIBE
PERIODO 2026.**

INAMU-JD-AI-In-007-2026

(Remitido con oficio INAMU-JD-AI-126-2026)

Elaborado por	Revisado por
Dilana Villalobos Guzmán Profesional Especialista Auditoría Interna	Randall Umaña Villalobos Auditor Interno Auditoría Interna
 Firmado digitalmente	 Firmado digitalmente

**INSTITUTO
NACIONAL
DE LAS MUJERES**
GOBIERNO DE COSTA RICA

GOBIERNO
DE COSTA RICA

DOCUMENTO
FIRMADO
DIGITALMENTE

Esta es una representación gráfica de una firma digital.
La validez jurídica del documento debe verificarse mediante la comprobación de la firma electrónica.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

ESTUDIO DE CONTROL INTERNO CORRESPONDIENTE A LA VISITA REALIZADA A LA UNIDAD REGIONAL HUETAR CARIBE PERIODO 2026

El presente estudio de auditoría se realizó en cumplimiento del Plan Anual de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2026. Su objetivo consistió en evaluar la suficiencia y efectividad de las acciones de control implementadas por la Administración Activa en la gestión administrativa, financiera y operativa de la ***Unidad Regional Huetar Caribe***.

Como parte de los procedimientos de auditoría aplicados, se efectuó la revisión de la información y documentación relacionada con la administración de la ***Caja Auxiliar*** y en el ***Fondo de Personas Usuarias***, con el propósito de verificar la existencia y aplicación de controles para la adecuada gestión, custodia y utilización de dichos recursos.

Asimismo, se revisó una ***muestra de expedientes de personas usuarias seleccionados a partir de la información registrada en el Sistema de Registro Único de Atención a Personas Usuarias de los Servicios del INAMU, (SisRUAP)***, con el fin de validar el cumplimiento de los lineamientos institucionales aplicables en materia de gestión documental y atención de casos.

Adicionalmente, se verificó la documentación relacionada con la entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la Jefatura a.i. que se desvinculó temporalmente de la Institución mediante un permiso sin goce de salario, con el propósito de determinar la existencia de los registros y documentos que respaldan el traspaso formal de dichos bienes.

Junio, 2026.

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN EJECUTIVO.....	6
2	INTRODUCCIÓN.....	9
2.1	ORIGEN DEL ESTUDIO	9
2.2	OBJETIVO DEL ESTUDIO	9
2.3	ALCANCE DEL ESTUDIO.....	10
2.4	METODOLOGÍA APLICADA	11
2.5	LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	11
2.6	COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA	12
2.7	IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA	13
2.8	RIESGOS DE AUDITORÍA.....	15
2.9	EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO.....	15
2.10	GENERALIDADES DEL ESTUDIO	16
3	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	16
3.1	ARQUEOS REALIZADOS A LA CAJA AUXILIAR Y AL FONDO DE PERSONAS USUARIAS DE LA UNIDAD REGIONAL HUETAR CARIBE.....	17
3.1.1	CAJA AUXILIAR:	18
3.1.2	FONDO DE PERSONAS USUARIAS:	19
3.2	REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE USUARIAS.	21
3.2.1	Resultados de la revisión de Expedientes:	21
	HALLAZGO 1: DEFICIENCIAS EN LA CONFORMACIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL DE LOS EXPEDIENTES DE PERSONAS USUARIAS. (Ver Conclusión 02).	23
3.3	ENTREGA Y TRASLADO DE ACTIVOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS A LA JEFATURA.....	24
	HALLAZGO 2: DEFICIENCIAS EN LA FORMALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ACTIVOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS A LA JEFATURA. (Ver Conclusión 03 y Recomendación 01 y 02)	26
4	CONCLUSIONES.....	31
5	RECOMENDACIONES.....	34
6	ANEXOS	36
7	ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.- ARQUEO FONDO CAJA AUXILIAR.	19
TABLA 2.- ARQUEO FONDO PERSONA USUARIA.	20
TABLA 3.- DEFICIENCIAS DE CONTROL EN LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES.	22
TABLA 4.- CARÁTULA DEL ARQUEO DE LA CAJA AUXILIAR.	36
TABLA 5.- CARÁTULA DEL ARQUEO DEL FONDO DE PERSONAS USUARIAS.....	37
TABLA 6.- LISTADO DE ACTIVOS POR RESPONSABLE URHC (HOJA 1 DE 9).....	38

TABLA DE NOMENCLATURAS

Nomenclatura	Significado
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres.
CGR	Contraloría General de la República.
LGCI	Ley General de Control Interno.
SisRUAP	Sistema de Registro Único de Atención a Personas Usuarias de los Servicios del INAMU.
SIPGAF	Sistema Integrado de Planificación, Gestión Financiera y Recursos Humanos.
BOS-HT	Sistema institucional de gestión financiera y administrativa utilizado por el INAMU.
URHC	Unidad Regional Huetar Caribe.

1 RESUMEN EJECUTIVO

¿QUÉ EXAMINAMOS?

El presente estudio de auditoría se desarrolló con el propósito de evaluar las acciones de control interno implementadas por la Administración Activa en la gestión administrativa, financiera y operativa de la Unidad Regional Huetar Caribe durante el periodo 2026.

La revisión comprendió el análisis de la información y documentación relacionada con la administración de la Caja Auxiliar y el Fondo de Personas Usuarias, con el fin de verificar la aplicación de los controles establecidos para la custodia, administración y utilización de dichos recursos. Asimismo, se efectuó la revisión de una muestra de expedientes de personas usuarias seleccionados al azar, verificándose que estos se encontraran registrados en el Reporte de Expediente (Caracterización) generado por el Sistema SisRUAP. Adicionalmente, se revisó la documentación relacionada con la entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura de la Unidad Regional, previo a su separación temporal del cargo mediante un permiso sin goce de salario.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El presente estudio reviste importancia institucional, debido a que permite valorar la suficiencia y efectividad de los mecanismos de control interno implementados en la administración de recursos financieros, la gestión documental de los expedientes de personas usuarias y el control de los activos institucionales asignados a la Unidad Regional Huetar Caribe.

La adecuada administración de la Caja Auxiliar y del Fondo de Personas Usuarias resulta fundamental para garantizar el uso correcto, transparente y oportuno de los recursos públicos destinados a la atención de mujeres usuarias de los servicios institucionales. Asimismo, la correcta conformación, resguardo y control de los expedientes físicos constituye un elemento esencial para asegurar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información relacionada con los procesos de atención. De igual forma, la formalización oportuna de la entrega, recepción y reasignación de activos institucionales permite fortalecer la rendición de cuentas,

identificar claramente a las personas responsables de su custodia y asegurar la confiabilidad de los registros institucionales.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

De acuerdo con las pruebas realizadas por la Auditoría Interna, se determinó que la Caja Auxiliar de la Unidad Regional Huetar Caribe no presentó diferencias materiales. En cuanto al Fondo de Personas Usuarías, se verificó que no mantenía recursos disponibles al momento de la revisión, debido a disposiciones administrativas temporales relacionados con la parametrización e implementación del SIPGAF para el periodo 2026; sin embargo, no se identificaron sobrantes ni faltantes atribuibles a la administración del fondo.

En la revisión de la muestra de expedientes físicos de personas usuarias, se identificaron oportunidades de mejora en la conformación y control documental, relacionadas principalmente con la ausencia de algunos documentos de respaldo, debilidades en el foliado y falta de identificación de la persona funcionaria responsable en determinadas actuaciones, situaciones que limitan la trazabilidad e integridad de la información.

Asimismo, en la revisión del proceso de entrega y traslado de activos institucionales asignados a la jefatura de la Unidad Regional Huetar Caribe, se determinó que la reasignación de dichos bienes no fue formalizada oportunamente conforme al procedimiento establecido. Además, se evidenciaron limitaciones en la información disponible en el módulo de activos del SIPGAF, por lo que fue necesario recurrir al registro auxiliar generado desde el Sistema BOS-HT, en el cual aún figuraban activos registrados a nombre de la funcionaria que ocupaba anteriormente la jefatura regional.

¿QUÉ SIGUE?

Como resultado del presente estudio, se emitieron recomendaciones orientadas a fortalecer los mecanismos de control interno relacionados con la administración, custodia y actualización de los activos institucionales de la Unidad Regional Huetar Caribe, así como a mejorar la confiabilidad de los registros utilizados para identificar a las personas responsables de dichos bienes.

Las recomendaciones se dirigen principalmente a regularizar documentalmente la asignación y custodia de los activos institucionales, verificar que los registros institucionales se mantengan actualizados e identifiquen claramente a la persona responsable de cada bien, así como validar el funcionamiento del módulo de activos del SIPGAF, particularmente en lo relacionado con los reportes de consulta por responsable.

Respecto a las oportunidades de mejora identificadas en los expedientes de personas usuarias, corresponde dar seguimiento a las acciones implementadas por la Administración Activa en atención a la Recomendación 2 del Informe INAMU-JD-AI-In-006-2026, con el fin de fortalecer la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información institucional.

2 INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó en cumplimiento del Plan de Trabajo de la Auditoría Interna para el periodo 2026¹, el objetivo consistió en validar el control interno implementado por parte de la Administración Activa para la gestión financiera y operativa en la Unidad Regional Huetar Caribe.

2.1 ORIGEN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó de conformidad con el artículo 20 de la Ley 7801 de Creación del Instituto Nacional de la Mujer², el artículo 21 y el 22 de la Ley 8292, Ley General de Control Interno³, las Normas de Control Interno para el Sector Público⁴, Ley 9635 de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas⁵, Reglamento para el Funcionamiento del Fondo de Caja Chica y Cajas Auxiliares del Instituto Nacional de las Mujeres⁶, Reglamento para el pago directo de alimentación, hospedaje y transporte a personas usuarias de los servicios del INAMU y el Reglamento de viáticos y gastos de transporte del INAMU, Reglamento del Proceso de Gestión de Activos del Instituto Nacional de las Mujeres⁷, así como en cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del año 2026 de la Auditoría interna.

2.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar las acciones de control interno implementadas por la Administración Activa en la gestión financiera y operativa de la Unidad Regional Huetar Caribe, con el propósito de verificar el cumplimiento de la normativa vigente y la adecuada administración de los recursos institucionales.

¹ Acuerdo de JD N°3, Sesión Extraordinaria N°44-2025, celebrada el 27 de noviembre del 2025.

² Ley del 29 de abril de 1998, publicada en La Gaceta N°94 del 18 de mayo de 1998.

³ Ley del 30 de julio del 2002, publicada en La Gaceta N°169 del 04 de setiembre del 2002.

⁴ Norma del 26 de enero del 2009 Publicada en La Gaceta N°26 del 6 de febrero del 2009.

⁵ Del 04 de diciembre del 2018.

⁶ Publicado en La Gaceta N° 95, del martes 27 de mayo del 2025.

⁷ Publicado en La Gaceta N.°140, del 30 de julio del 2025.

Para el cumplimiento del objetivo general del presente estudio, se ejecutaron los siguientes procedimientos de auditoría:

- Revisar la documentación e información relacionada con la Caja Auxiliar y el Fondo de Personas Usuarias, con el fin de verificar la aplicación de los controles establecidos para la administración, custodia y utilización de dichos recursos.
- Analizar una muestra de expedientes de personas usuarias, con el fin de verificar el cumplimiento de los procedimientos institucionales aplicables en el registro, resguardo y gestión de la información relacionada con la atención brindada.
- Revisar la documentación relacionada con la entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura de la Unidad Regional, previo a su permiso temporal sin goce de salario, con el fin de verificar la existencia de los registros y documentos que respaldan dicho proceso.

2.3 ALCANCE DEL ESTUDIO

El presente estudio es de carácter operativo y comprendió la evaluación de la gestión realizada por la Administración Activa, con énfasis en los controles implementados para la administración de los recursos de la Caja Auxiliar y del Fondo de Personas Usuarias, así como en la gestión documental de los expedientes de atención y en los registros relacionados con el traslado de activos institucionales.

Para tales efectos, se revisó la documentación e información relacionada con la administración de la Caja Auxiliar y del Fondo de Personas Usuarias; asimismo, se analizó una muestra de expedientes de personas usuarias seleccionados al azar, verificándose que estos se encontraran registrados en el Reporte de Expedientes (Caracterización) generado por el Sistema SisRUAP. Adicionalmente, se examinó la documentación correspondiente al traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura de la Unidad Regional, previo a su separación temporal del cargo mediante un permiso sin goce de salario.

2.4 METODOLOGÍA APLICADA

El estudio se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE), el Manual de Normas generales de auditoría para el Sector Público, el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Auditoría Interna del Instituto Nacional de las Mujeres⁸.

La metodología aplicada comprendió la solicitud, recopilación, revisión y análisis de información documental, la verificación de registros físicos y electrónicos; y la aplicación de pruebas selectivas de auditoría sobre las áreas objeto de estudio.

2.5 LIMITANTES DEL ESTUDIO

Durante la ejecución del presente estudio **se presentaron las siguientes limitaciones:**

En relación con la revisión de la Caja Auxiliar y del Fondo de Personas Usuarías, el funcionario responsable de su administración se encontraba disfrutando de vacaciones durante la semana en que se realizó la visita a la Unidad Regional Huetar Caribe. Esta situación imposibilitó la aplicación in situ de algunos procedimientos de auditoría y el acceso inmediato a determinada información y documentación de respaldo. No obstante, la información requerida fue solicitada posteriormente a la Administración Activa para su respectivo análisis y valoración por parte de esta Auditoría.

Adicionalmente, durante la revisión de los activos institucionales asignados a la Unidad Regional, se determinó que la información contenida en el módulo de activos de SIPGAF no reflejaba la totalidad de los movimientos más recientes ni el funcionario responsable de los activos de la URHC, debido al proceso de implementación y conciliación que se mantiene con el Sistema BOS-HT.

Esta situación limitó la verificación de algunos aspectos relacionados con la asignación de activos mediante los reportes generados por dicho sistema, por lo que fue necesario complementar la revisión con reportes adicionales generados en el

⁸ Reglamento del 15 de febrero de 2011. Publicada en La Gaceta No. 32 del 15 de febrero de 2011.

Sistema BOS-HT el cual es el único sistema que mantiene la información actualizada a la fecha. Dicha información fue suministrada por el Coordinador del Departamento de Proveeduría.

2.6 COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.

En cumplimiento de la norma 2.10 “Comunicación de los resultados” de las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” y, de conformidad con la norma 205 del “Manual de normas generales de auditoría para el Sector Público”, que establecen que “Las instancias correspondientes deben ser informadas, verbalmente y por escrito, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones producto de la auditoría que se lleve a cabo...” y que “El auditor debe efectuar una conferencia final con la Administración de la entidad u órgano auditado, antes de emitir la respectiva comunicación por escrito” el pasado **19 de junio** del presente año, se realizó dicha conferencia final en modalidad virtual, la sesión de trabajo se llevó a cabo mediante la plataforma TEAMS y se contó con la participación de las siguientes personas:

- Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora, Dirección Estratégica.
- Sra. Ninotchka Benavides Badilla, directora, Dirección Administrativa Financiera.
- Sra. María Esther Vargas Vega, coordinadora, Departamento de Desarrollo Regional.
- Sra. Yorleny Calvin Zúñiga, jefatura, Unidad Regional Huetar Caribe.
- Sra. Ingrid Trejos Marín, jefatura, Unidad de Informática.
- Sr. Allan Ramos Bolaños, profesional especialista con recargo en la coordinación, Departamento de Proveeduría.
- Sra. Shirley Gayle Monge, profesional especialista, Dirección Estratégica.
- Sr. Jeffry Hidalgo Chaves, profesional ejecutivo, Unidad Regional Huetar Caribe.
- Sra. Maripaz Jiménez Torres, profesional especialista, Auditoría Interna.
- Sra. Cindy Bravo Fonseca, profesional especialista, Auditoría Interna.
- Sra. Dilana Villalobos Guzmán, profesional especialista, Auditoría Interna.
- Sr. Randall Umaña Villalobos, auditor interno, Auditoría Interna.

Asimismo, durante la sesión de trabajo se plantearon observaciones adicionales por parte de las personas presentes, las cuales fueron incorporadas y se detallan en el **apartado 7** del presente informe.

2.7 IMPLANTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Ley 8292 de Control Interno, en su artículo 36. —Informes dirigidos a los titulares subordinados establece lo siguiente:

Artículo 36.-Informes dirigidos a los titulares subordinados. *Las recomendaciones incluidas en los informes o estudios especiales de la Auditoría Interna deberán especificar su relación con los objetivos del Plan de Trabajo, sobre asuntos que deriven en posibles responsabilidades o con las medidas de control interno establecidas en la LGCI.*

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, podrá ordenar 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.

En relación con lo anterior, la normativa promulgada por la Contraloría General de la República señala que el esquema de implementación de recomendaciones debe contener los planes y proyectos para las acciones correctivas que debe de incorporar, además, la definición de un plazo de referencia para el cumplimiento de la recomendación. En este sentido, el artículo 12 de la citada Ley 8292 establece, respecto a los deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno, lo siguiente:

Artículo 12. —Deberes del jerarca y de los titulares subordinados en el sistema de control interno. *En materia de control interno, al jerarca y los titulares subordinados les corresponderá cumplir, entre otros, los siguientes deberes:*

- a) Velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo.*
- b) Tomar de inmediato las medidas correctivas, ante cualquier evidencia de desviaciones o irregularidades. (El texto en negrita no forma parte del texto original).*
- c) Analizar e implantar, de inmediato, las observaciones, recomendaciones y disposiciones formuladas por la auditoría interna, la Contraloría General de la República, la auditoría externa y las demás instituciones de control y fiscalización que correspondan. (El texto en negrita no forma parte del texto original).*
- d) Asegurarse de que los sistemas de control interno cumplan al menos con las características definidas en el artículo 7 de esta Ley.*
- e) Presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente o el órgano a su sucesor, de acuerdo con las directrices emitidas por la Contraloría General de la República y por los entes y órganos competentes de la administración activa.”*

Por su parte, las “Normas para el ejercicio de la auditoría interna en el Sector Público” señalan en la norma 2.11 lo siguiente:

2.11 Seguimiento de acciones sobre resultados. *El auditor interno debe establecer, mantener y velar porque se aplique un proceso de seguimiento de las recomendaciones, observaciones y demás resultados derivados de los servicios de la auditoría interna, para asegurarse de que las acciones establecidas por las*

instancias competentes se hayan implementado eficazmente y dentro de los plazos definidos por la administración. Ese proceso también debe contemplar los resultados conocidos por la auditoría interna, de estudios de auditores externos, la Contraloría General de la República y demás instituciones de control y fiscalización que correspondan. (...)

2.8 RIESGOS DE AUDITORÍA

La Auditoría Interna debido a la naturaleza de la labor que realiza se ve expuesta a los siguientes riesgos:

Riesgo Inherente:

Es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones a una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente o cuando se agrega con representaciones erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados.

Riesgo de Control:

El riesgo de control es el riesgo de que una representación errónea, que pudiera ser de importancia relativa individualmente o en conjunto con otras, no sea prevenida o detectada y corregida oportunamente por los sistemas de contabilidad y de control interno.

Riesgo de Detección:

Este tipo de riesgo está directamente relacionado con los procedimientos de auditoría por lo que se trata de la posibilidad que existe en todo tipo de estudio, de no detectar la existencia de errores en el proceso realizado.

2.9 EQUIPO DE TRABAJO A CARGO DEL ESTUDIO

La aplicación de los procedimientos de auditoría y la redacción del informe final estuvieron a cargo de la Profesional Especialista de Auditoría Interna, Dilana Villalobos Guzmán. El trabajo de campo, correspondiente a la realización de los arqueos y revisión de los expedientes, fue efectuada por las señoras Maripaz Jiménez Torres y Cindy Bravo Fonseca, profesionales especialistas de la Auditoría Interna, la

revisión del informe final fue realizada por el auditor interno Randall Umaña Villalobos en su condición de jefatura.

2.10 GENERALIDADES DEL ESTUDIO

El presente estudio de auditoría se realizó con el propósito de evaluar las acciones de control interno implementadas por la Administración Activa en la gestión financiera y operativa de la Unidad Regional Huetar Caribe.

La revisión comprendió el análisis de la información y documentación relacionada con la administración de la **Caja Auxiliar** y el **Fondo de Personas Usuarias**, con el fin de verificar la aplicación de los controles establecidos para la custodia, administración y utilización de dichos recursos, de conformidad con la normativa institucional aplicable.

Adicionalmente, se efectuó la revisión de una muestra de expedientes de personas usuarias seleccionados al azar, verificándose que estos se encontraran registrados en el Reporte de Expediente (Caracterización) generado por el **Sistema SisRUAP**, con el propósito de verificar la consistencia de la información registrada y el cumplimiento de los procedimientos institucionales aplicables a la gestión documental de los casos atendidos.

Asimismo, se revisó la documentación relacionada con el traslado de activos institucionales asignados a la jefatura de la Unidad Regional, previo a su separación temporal del cargo mediante un permiso sin goce de salario.

Las actividades realizadas permitieron obtener elementos de juicio sobre la efectividad de los controles implementados para la administración de los recursos institucionales, la gestión documental de los expedientes revisados y el cumplimiento de los procedimientos asociados a las áreas objeto de estudio.

3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

En la presente sección se exponen los resultados obtenidos del estudio operativo efectuado en la **Unidad Regional Huetar Caribe**. La revisión comprendió el análisis

de la información y documentación relacionada con la administración de la **Caja Auxiliar** y el **Fondo de Personas Usuarias**, la gestión documental de una muestra de expedientes de personas usuarias y el proceso de entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura regional.

Los procedimientos aplicados tuvieron como propósito verificar la existencia y aplicación de controles para la adecuada administración, custodia, registro y utilización de los recursos institucionales, así como el cumplimiento de la normativa y los procedimientos establecidos en las áreas objeto de estudio.

3.1 ARQUEOS REALIZADOS A LA CAJA AUXILIAR Y AL FONDO DE PERSONAS USUARIAS DE LA UNIDAD REGIONAL HUETAR CARIBE.

El 28 de enero del presente año se realizó una visita a la Unidad Regional Huetar Caribe, durante la cual se esperaba llevar a cabo los arqueos correspondientes a la Caja Auxiliar y al Fondo de Personas Usuarias. Sin embargo, dichos arqueos no pudieron ser realizados ya que la persona funcionaria a cargo de dichos fondos se encontraba de vacaciones.

Además, en correo de la Dirección Administrativa Financiera del 22 de diciembre del periodo 2025 se había comunicado oficialmente lo siguiente:

“Ninguna persona funcionaria ni dependencia institucional deberá iniciar, tramitar o gestionar solicitudes que impliquen la generación de compromisos presupuestarios con cargo al presupuesto del año 2026, incluyendo, entre otros, tramites asociados a contrataciones, órdenes de compra, giras, viáticos, cajas chicas, solicitudes de contratación, recepción de bienes y servicios u otros que conlleven afectación presupuestaria futura.

*Lo anterior obedece a que, en este momento, la institución ya dispone del presupuesto 2026 aprobado por la Contraloría, se encuentra en el proceso de **asignación y definición de la ubicación funcional del personal** en las distintas dependencias, así como en la revisión y ajuste de metas y responsabilidades que giran para el ejercicio presupuestario 2026, lo cual impacta directamente la correcta parametrización y operación del Sistema SIPGAF”.*

A pesar de lo anterior se presenta a continuación los siguientes resultados de dicha visita con respecto a este tema:

3.1.1 CAJA AUXILIAR:

La **Caja Auxiliar** tiene un monto asignado de **¢400.000,00** y a la fecha de la visita realizada por esta Auditoría Interna, la totalidad de los recursos se encontraba depositada en la cuenta corriente del Banco Nacional terminada en 69-3.

No fue posible efectuar un arqueo físico del fondo, debido a que la persona funcionaria responsable de su administración se encontraba disfrutando de su período de vacaciones y no se había formalizado el traslado de la responsabilidad del fondo a otra persona funcionaria.

Asimismo, según la información suministrada por la Jefatura de la Unidad de Tesorería, se verificó que el funcionario Jeffrey Hidalgo Cheves figuraba como única persona autorizada para la administración de la cuenta bancaria asociada a dicho fondo.

No obstante, con base en la información, documentación y registros suministrados posteriormente por la Administración Activa, se procedió al análisis de la conformación del fondo, determinándose que este se encontraba debidamente respaldado y sin diferencias significativas respecto al monto autorizado.

De acuerdo con la información revisada, la totalidad de los recursos se encontraba registrada en la cuenta bancaria asociada al fondo, la cual presentaba un **saldo de ¢400.214,61**. Dicho monto incluye **¢213,75 correspondientes a intereses** generados por la cuenta bancaria, los cuales no forman parte del fondo autorizado. Al efectuar el ajuste correspondiente, se determinó un **saldo ajustado de ¢400.000,86**, evidenciándose un **sobranche de ¢0,86**.

Para consultar el detalle de la revisión efectuada sobre la conformación del fondo, se recomienda revisar el **Anexo 01: Carátula del arqueo de la Caja Auxiliar**, elaborado por la administración Activa.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado por la Auditoría Interna. **(Ver Conclusión 01).**

Tabla 1.- Arqueo Fondo Caja Auxiliar.

Monto Asignado al Fondo de Caja Auxiliar	¢ 400.000,00	%
Composición del fondo:		
Monto en efectivo	0,00	0,00%
Reintegros en trámite	0,00	0,00%
Adelantos pendientes de liquidar	0,00	0,00%
Vales provisionales	0,00	0,00%
Saldo cuenta bancaria	400.214,61	100,05%
(menos) Intereses ganados cta. Bancaria	-213,75	-0,05%
TOTALES	¢ 400.000,86	100,00%
Sobrante	¢ 0,86	

Fuente: Elaborado por la auditoría interna.

A partir de la información presentada en la tabla anterior, se evidencia que la totalidad de los recursos del fondo se encontraban registrada en la cuenta bancaria, sin mantener recursos en efectivo, reintegros en trámite, adelantos pendientes de liquidar o vales provisionales. Asimismo, una vez descontados los intereses generados por la cuenta bancaria, se determinó que el fondo mantiene una adecuada conformación y respaldo del monto autorizado.

Si bien se identificó una diferencia de ¢0,86, esta corresponde a un monto **no material que no afecta la razonabilidad de la conformación del fondo ni la adecuada administración de los recursos asignados a la Caja Auxiliar.**

3.1.2 FONDO DE PERSONAS USUARIAS:

El **Fondo de Personas Usuarias** tiene un monto asignado de **¢400.000,00**. Sin embargo, al momento de la visita realizada a la Unidad Regional Huetar Caribe, dichos recursos no se encontraban reflejados en el fondo debido a aspectos administrativos asociados al proceso de parametrización e implementación del Sistema Integrado de Planificación, Gestión Financiera y Recursos Humanos (SIPGAF) para el período 2026. La cuenta corriente utilizada para la administración de estos recursos corresponde a la cuenta del Banco Nacional terminada en 42-1.

Al igual que ocurrió con la Caja Auxiliar, no fue posible efectuar un arqueo físico del fondo, debido a que la persona funcionaria responsable de su administración se

encontraba disfrutando de su periodo de vacaciones y no se había formalizado el traslado de la responsabilidad del fondo a otra persona funcionaria.

No obstante, con base en la información, documentación y registros suministrados posteriormente por la Administración Activa, se procedió al análisis de la conformación del fondo. De la revisión efectuada se determinó que la cuenta bancaria asociada al Fondo de Personas Usuarias únicamente mantenía un saldo de **¢231,40 correspondiente a intereses generados por la cuenta bancaria.**

Asimismo, se constató que, para la fecha de la visita, la Administración había girado instrucciones institucionales para que las unidades ejecutoras no tramitaran giros de apoyo hasta concluir los ajustes y validaciones requeridas en el SIPGAF, razón por la cual los recursos asignados al fondo no se encontraban disponibles al momento de la revisión.

De acuerdo con la información analizada, el saldo registrado en la cuenta bancaria correspondía exclusivamente a intereses generados por la cuenta, los cuales no forman parte del fondo autorizado. En consecuencia, no se determinaron sobrantes ni faltantes durante la revisión efectuada.

Para consultar el detalle de la revisión efectuada sobre la conformación del fondo, se recomienda revisar el **Anexo 02: Carátula del arqueo del Fondo de Personas Usuarias**, elaborado por la administración Activa.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis realizado por la Auditoría Interna. **(Ver Conclusión 01).**

Tabla 2.- Arqueo Fondo Persona Usuaria.

Monto Asignado al Fondo de Persona Usuaria.	¢ 0,00	%
Composición del fondo:		
Monto en efectivo	0,00	0,00%
Reintegros en trámite	0,00	0,00%
Adelantos pendientes de liquidar	0,00	0,00%
Vales provisionales	0,00	0,00%
Saldo cuenta bancaria	231,40	0,06%
(menos) Intereses ganados cta. Bancaria	-231,40	-0,06%
TOTALES	¢ 0,00	0,00%
Sobrante	¢ 0,00	

Fuente: Elaborado por la auditoría interna.

Con base en los resultados expuestos, se determinó que para la fecha de la revisión el Fondo de Personas Usuarias no mantenía recursos disponibles asociados al monto autorizado de \$400.000,00 situación que obedecía a disposiciones administrativas temporales relacionados con la implementación y parametrización del SIPGAF para el periodo 2026. Asimismo, se verificó que la cuenta bancaria asociada al fondo únicamente registraba un Saldo de \$231,40 correspondiente a intereses generados, los cuales no forman parte de los recursos autorizados para la operación del fondo.

3.2 REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE USUARIAS.

Como parte de los procedimientos de auditoría, se efectuó, la revisión de una muestra de expedientes físicos correspondientes al periodo 2025, seleccionados de forma aleatoria de entre los expedientes resguardados en la **Unidad Regional Huetaar Caribe**.

Para dicha revisión se utilizó una lista de verificación elaborada por la Auditoría Interna, compuesta por variables previamente definidas y validadas con la funcionaria Katherine Sibaja Rodríguez, asesora legal de la Unidad Regional encargada de la atención de personas usuarias. El procedimiento tuvo como propósito verificar la existencia, integridad y adecuado resguardo de la documentación contenida en los expedientes revisados.

3.2.1 Resultados de la revisión de Expedientes:

La muestra revisada estuvo conformada por doce (12) expedientes de personas usuarias correspondientes a los servicios de Atención Psicológica y Asesoría Legal.

Como resultado de la revisión efectuada, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la conformación, documentación y control de los expedientes, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 3.- Deficiencias de control en la Revisión de Expedientes.

EXPEDIENTE	ATRIBUTO FALTANTE				
	Bitácora del Expediente	Escala de valoración de riesgo de femicidio aplicada	Boleta de seguimiento atención psicológica	Consta el nombre de la persona funcionaria que atendió el caso	Foliado con lápiz, lapicero o nulo.
VIO-URHC-INAMU-2025-0724	---	---	---	---	Lápiz
VIO-URHC-INAMU-2025-0126	---	X	---	---	---
VIO-URHC-INAMU-2025-0071	---	X	---	---	---
VIO-URHC-INAMU-2025-0047	---	---	---	X	---
VIO-URHC-INAMU-2025-0596	---	---	---	---	Lápiz
VIO-URHC-INAMU-2025-0138	X	---	---	---	---
VIO-URHC-INAMU-2025-0609	X	---	---	---	Lapicero
VIO-URHC-INAMU-2025-0578	X	---	---	---	Lapicero
VIO-URHC-INAMU-2025-0419	X	---	X	---	Lapicero
VIO-URHC-INAMU-2025-0574	X	---	X	---	Lapicero
VIO-URHC-INAMU-2025-0508	---	---	---	---	Nulo

Fuente: Elaborado por la auditoría interna.

Tal como se muestra en la tabla anterior, la revisión de los expedientes permitió identificar diversas deficiencias relacionadas con la conformación y control documental de los expedientes físicos. Entre las principales situaciones observadas se encuentra la ausencia de la bitácora del expediente, la falta de aplicación o incorporación de la escala de valoración de riesgos de femicidio en algunos casos, la ausencia de boletas de seguimiento de atención psicológica, la falta de identificación de la persona funcionaria responsable de la atención brindada y la utilización de lápiz, lapicero o la ausencia de foliado en algunos expedientes revisados.

De las situaciones identificadas, destaca que seis (6) expedientes carecían de bitácora, dos (2) no contenían la escala de valoración de riesgo de femicidio cuando correspondía, dos (2) no incorporaban la boleta de seguimiento de atención psicológica, uno (1) no permitía identificar a la persona funcionaria que brindó la atención y seis (6) presentaban deficiencias en el foliado documental. Estas

situaciones limitan la trazabilidad, integridad y adecuado control de la información contenida en los expedientes institucionales. ([Ver Conclusión 02](#)).

HALLAZGO 1: DEFICIENCIAS EN LA CONFORMACIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL DE LOS EXPEDIENTES DE PERSONAS USUARIAS. ([Ver Conclusión 02](#)).

Nivel de exposición de riesgo vinculado al hallazgo

<u>Crítico</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>	<u>Bajo</u>	<u>Informativo</u>
				

CONDICIÓN:

Como parte de los procedimientos de auditoría efectuados en la Unidad Regional Huetar Caribe, se revisó una muestra de doce (12) expedientes de personas usuarias correspondientes a los servicios de Atención Psicológica y Asesoría Legal.

Producto de la revisión realizada se identificaron deficiencias relacionadas con la conformación y control documental de los expedientes físicos, entre las que destacan la ausencia de bitácoras de expediente, la falta de incorporación de escalas de valoración de riesgo de femicidio, la ausencia de boletas de seguimiento de atención psicológica, la falta de identificación de la persona funcionaria responsable de atender el caso y deficiencias en el foliado documental, al encontrarse expedientes foliados con lápiz, lapicero o sin foliado.

Las situaciones descritas fueron identificadas en once (11) de los doce (12) expedientes revisados, según se detalla en la Tabla 3 del presente informe.

CRITERIO:

La **Norma Técnica Nacional 001 “Lineamientos para la conformación de expedientes administrativos”** establece la obligación de mantener expedientes completos, debidamente organizados e integrados con la documentación que respalda las actuaciones realizadas durante la gestión administrativa.

Asimismo, la **Circular 003-2019** de fecha 19 de marzo de 2019, emitida por la Presidencia Ejecutiva del INAMU, relativa a los “**Lineamientos para la gestión de expedientes administrativos en el INAMU**”, dispone la necesidad de garantizar la adecuada conformación de los expedientes institucionales, incluyendo la incorporación de la documentación de respaldo correspondiente y la correcta foliatura mediante el uso de foliador o numerador con tinta indeleble, conforme a las disposiciones institucionales vigentes.

CAUSA:

La situación descrita obedece a debilidades en los mecanismos de control, revisión y supervisión aplicados durante la conformación, actualización y resguardo de los expedientes de personas usuarias, así como a una aplicación inconsistente de los lineamientos institucionales establecidos para la gestión documental.

EFEECTO:

Las deficiencias identificadas afectan la integridad, trazabilidad y confiabilidad de la información contenida en los expedientes, dificultan la verificación de las actuaciones realizadas y aumentan el riesgo de omisiones en la documentación que respalda los procesos de atención brindados por la Institución, lo que podría limitar la disponibilidad de información completa y suficiente para la toma de decisiones, el seguimiento de los casos y la rendición de cuentas.

3.3 ENTREGA Y TRASLADO DE ACTIVOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS A LA JEFATURA.

Como parte de los procedimientos de auditoría efectuados, se realizó una revisión de la documentación relacionada con el traslado y entrega de los activos institucionales asignados a la jefatura a.i. de la Unidad Regional Huetar Caribe la señora Graymy Cortez Miranda, previo a su separación temporal del cargo mediante un permiso sin goce de salario.

Durante la visita se solicitó a la Técnica Administrativa la documentación correspondiente a los traslados de activos registrados en la Unidad Regional. Como resultado de la revisión efectuada, se identificó documentación relacionada con bienes trasladados por distintas personas funcionarias hacia la jefatura, sin embargo,

no se localizaron boletas que evidenciaran la entrega y reasignación formal de los activos que se encontraban bajo responsabilidad de la señora Graymy Cortez Miranda al momento de su separación temporal del cargo, debido a que la documentación respectiva se encontraba en poder del funcionario que estaba disfrutando de su periodo de vacaciones.

Posteriormente, en remisiones de información efectuadas a la Auditoría Interna, se aportó un correo electrónico de fecha 15 de diciembre del 2025, mediante el cual el señor Jeffrey Hidalgo remitió a la señora Graymy Cortez Miranda y a otros funcionarios entre los que se encuentra el señor José Avelino Jiménez encargado de activos, el listado de activos que figuraba asignados a nombre de la funcionaria, con el propósito de gestionar su reasignación a la persona responsable de asumir la coordinación regional una vez fuera comunicada la sustitución correspondiente por parte del Departamento de Recursos Humanos.

Adicionalmente, se informó que, debido a la cantidad de bienes involucrados, el proceso fue respaldado mediante la impresión del listado de activos asignados a la funcionaria. Dicho documento, generado el 15 de diciembre del 2025 y conservado en el archivo de gestión de la Unidad Regional, contiene el detalle de los bienes registrados a su nombre y se encuentra firmado en cada una de las páginas por la funcionaria. No obstante, no se obtuvo evidencia de que se hubiera realizado un inventario físico conjunto con otra persona funcionaria que permitiera validar la existencia y el estado de conservación de los bienes consignados en dicho listado.

Como parte de las verificaciones efectuadas por esta Auditoría, el 02 de junio del 2026, se realizó una consulta en el módulo de Activos del SIPGAF, utilizando el reporte denominado **“Listado de activos por responsable”** para el centro de costos de la Unidad Regional Huetar Caribe (0103010802). Como resultado, el sistema generó un listado de activos asociado a dicha dependencia; sin embargo, la información obtenida no permitió identificar a la persona funcionaria responsable de los bienes registrados ni determinar la situación actual de los activos previamente asignados a la señora Graymy Cortez Miranda. **Véase Anexo 03: Listado de Activos por responsable URHC.**

Posteriormente, el 03 de junio del 2026 el Coordinador del Departamento de Proveeduría facilitó a esta Auditoría el registro auxiliar de activos con fecha corte a mayo del 2026, generado desde el **Sistema BOS-HT**, indicando que dicho sistema continúa siendo la fuente más actualizada para la administración y control de activos

institucionales. De la revisión efectuada se determinó que aún figuraban ciento veinticuatro (124) activos registrados a nombre de la señora Graymy Cortez Miranda.

Asimismo, se solicitó información adicional a la Coordinadora encargada de las Unidades Regionales, quién indicó que no se realizó una sustitución formal de la jefatura regional, sino un recargo temporal de funciones mientras se resolvía el concurso correspondiente. Según lo informado, desde el 15 de diciembre del 2025 se comunicó al encargado de Activos la devolución de los bienes y se solicitó gestionar la reasignación respectiva una vez efectuado el nombramiento definitivo de la nueva jefatura regional. No obstante, al momento de la revisión, la actualización de los registros institucionales aún se encontraba pendiente de concretarse, pese a que el Departamento de Recursos Humanos comunicó, mediante correo electrónico de fecha 04 de mayo del 2026, el nombramiento de la nueva jefatura de la Unidad Regional Huetar Caribe, quien asumió el cargo a partir del 01 de mayo del 2026.

HALLAZGO 2: DEFICIENCIAS EN LA FORMALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ACTIVOS INSTITUCIONALES ASIGNADOS A LA JEFATURA. *(Ver Conclusión 03 y Recomendación 01 y 02)*

Nivel de exposición de riesgo vinculado al hallazgo

<u>Crítico</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>	<u>Bajo</u>	<u>Informativo</u>
				

CONDICIÓN:

Como parte de los procedimientos de auditoría efectuados en la Unidad Regional Huetar Caribe, se realizó una revisión de la documentación relacionada con la entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura regional, previo a la separación temporal de la funcionaria responsable mediante permiso sin goce de salario.

Producto de la revisión efectuada, no fue posible localizar evidencia documental que acreditara la formalización oportuna del traslado de los activos asignados a la jefatura mediante el formulario institucional correspondiente, previo a la salida de la funcionaria, conforme lo establece la normativa institucional vigente.

Posteriormente, la Administración aportó evidencia de gestiones realizadas el 15 de diciembre del 2025 orientadas a regularizar la situación de los bienes, incluyendo el envío de un listado de activos asignados a la funcionaria Graymmy Cortez Miranda y la coordinación con el encargado institucional de activos para gestionar la reasignación correspondiente una vez definido el nombramiento de la nueva jefatura regional. Asimismo, se aportó un listado de activos firmado por la funcionaria, sin embargo, no se obtuvo evidencia de la realización de un inventario físico conjunto que permitiera validar formalmente la existencia y condición de los bienes consignados.

Adicionalmente, las verificaciones efectuadas por esta Auditoría Interna evidenciaron limitaciones en la información disponible en el módulo de Activos del SIPGAF para la identificación de las personas responsables de los bienes institucionales registrados en la Unidad Regional Huetar Caribe. Debido a ello, fue necesario recurrir al registro auxiliar generado desde el Sistema BOS-HT, suministrado por el Departamento de Proveeduría, mediante el cual se determinó que, con corte a mayo del 2026, aún figuraban ciento veinticuatro (124) activos registrados a nombre de la persona funcionaria Graymmy Cortez Miranda.

Lo anterior evidencia que, pese a las gestiones realizadas para regularizar la situación de los bienes y al nombramiento de la nueva jefatura regional a partir del 01 de mayo del 2026, el proceso de formalización y actualización de los registros institucionales asociados a la custodia de los activos permanecía pendiente al momento de la revisión.

CRITERIO:

El Reglamento del Proceso de Gestión de Activos del Instituto Nacional de las Mujeres establece lo siguiente:

Capítulo I. – Disposiciones Generales.

Artículo 3°- Alcance. Las disposiciones de este Reglamento son de acatamiento obligatorio para todas las personas funcionarias del INAMU, así como para aquellas que se encuentran comprendidas en los supuestos de este Reglamento.

Capítulo II. – Autoridades y Responsabilidades.

Artículo 4°- Departamento de Proveeduría. *Es la instancia administrativa competente para registrar, entregar y fiscalizar los activos institucionales, le competen las siguientes atribuciones:*

(...)

- b) Registrar y mantener actualizado el inventario de todos los activos del INAMU de acuerdo con la documentación correspondiente.*
- e) Realizar el registro oportuno, completo y sistemático de los eventos o situaciones que afectan la cantidad, valor, existencia, condición y ubicación de activos, y que sean confiables y exactos.*
- k) Analizar, realizar y corregir las discrepancias detectadas entre el registro y las tomas físicas de acuerdo con la normativa vigente.*
- n) Contar con un sistema informático que contribuya al seguimiento y control de los activos de acuerdo con la normativa vigente. (...)*

Artículo 5°- Departamento de Proveeduría y sus encargados designados. *Es la instancia administrativa encargada desde sus competencias de lo siguiente:*

(...)

- a) Registrar todas las operaciones que por cualquier motivo aumenten o disminuyan el auxiliar del inventario, así como asignar y controlar los activos otorgados a cada unidad institucional.*
- b) Utilizar los instrumentos designados para llevar el control de los movimientos de los activos, documentando la información con la exactitud de descripciones, conceptos, valores, fechas y firmas respectivas.*
- c) Custodiar toda la documentación en forma consecutiva en la que se fundamenta el registro, asignación y control de los activos.*
- g) Realizar inspecciones físicas de los activos del INAMU, tanto general, selectivo o parcial, según lo establecido en el procedimiento. Para estos efectos podrá gestionar lo pertinente con las coordinaciones de las unidades para efectuar inventarios y con ello verificar la existencia y el estado físico de*

los activos asignados, comprobando la confiabilidad y exactitud de los registros de control de Proveeduría y los registros que mantiene cada unidad del INAMU, conciliando así los registros llevados en el sistema de control de activos.

- h) Realizar las conciliaciones de los registros en el sistema de control de activos y determinar las diferencias, si las hubiese, entre lo informado, lo registrado y lo que se encuentra físicamente a cargo de las personas responsables de la custodia y salvaguarda de los activos, procurando aclarar cualquier duda que de este análisis surja, previo estudio de las causas que lo originaron, debiendo informar a la persona superior a efectos de tomar las medidas administrativas que sean necesarias.*
- j) Mantener un auxiliar de los bienes que forman parte de los activos del INAMU, efectuando la gestión correspondiente sobre la aplicación de depreciación o de deterioro, baja u otro, de los activos institucionales según los movimientos mensuales que se den y lo establezcan los procedimientos.*
- q) Registrar el movimiento de activos por cambio de puesto, renuncia, despido o permiso mediante los instrumentos correspondientes. (...)*

Artículo 15°- De las jefaturas, directoras (directores) y coordinadores de áreas. Desde sus competencias les corresponde lo siguiente:

(...)

- b) Administrar y vigilar el uso racional de los activos asignados a su dependencia.*
- c) Llevar controles y registros fiables y oportunos, correspondientes a los activos que se encuentran en su dependencia.*
- g) Gestionar según corresponda los servicios para la conservación y el mantenimiento adecuado de los bienes generales e institucionales que administra.*
- h) Asumir la custodia en forma temporal de los activos individuales de las personas colaboradoras cuando sea requerido.*

- i) *Reasignar los activos en caso de que una persona funcionaria se ausente por un periodo de un mes o más, en caso de no contar con una persona responsable para su asignación los activos quedarán bajo su responsabilidad.*
- m) *Entregar todos los activos a su nombre mediante el instrumento de Traslado de Activos, cuando presente su informe final de gestión, a la persona sucesora o en su defecto a su jefatura inmediata.*
- n) *Realizar al menos dos veces al año una toma física de los activos tanto generales como individuales de su dependencia.*
- o) *Cumplir con las disposiciones emitidas en este Reglamento. (...)*

Artículo 16°- De la persona Responsable. *El personal del INAMU, a quienes se les asigne activos institucionales para su uso, administración, conservación y/o custodia, tendrán las siguientes obligaciones:*

(...)

- e) *Utilizar los instrumentos establecidos por el Departamento de Proveeduría en todo traslado, movimiento, reasignación de activos, salida, toma física y otros documentos cuyo fin sea el control de los activos. Bajo este supuesto, se requerirá la participación y coordinación de todas las partes involucradas: responsable, custodio y encargado de Activos.*
- f) *Realizar el traslado de activos, cumpliendo con el procedimiento de este reglamento.*
- i) *Entregar formalmente a su jefatura inmediata todos los activos al momento de cese en el cargo, permiso mayor a 30 días naturales, o por motivo de traslado a otra Dependencia.*

CAUSA:

La situación descrita obedece a debilidades en la aplicación y seguimiento de los procedimientos institucionales establecidos para la entrega, recepción y reasignación de activos cuando se producen cambios temporales o permanentes en las responsabilidades administrativas de las personas funcionarias. Asimismo, se evidencia una coordinación insuficiente entre las instancias responsables de la administración y control de activos para garantizar la formalización oportuna de los

movimientos de bienes y la actualización de los registros institucionales correspondientes.

EFEECTO:

La ausencia de formalización oportuna en el traslado de los activos y la desactualización de los registros institucionales limitan la trazabilidad de los bienes, dificultan la identificación de las personas responsables de su custodia y reducen la confiabilidad de la información utilizada para la administración y control de los activos institucionales. Asimismo, incrementan el riesgo de inconsistencias en los registros patrimoniales, debilitan los mecanismos de rendición de cuentas sobre los bienes asignados y pueden afectar la capacidad institucional para verificar oportunamente su ubicación, estado y responsable.

4 CONCLUSIONES.

Las conclusiones que se presentan a continuación derivan del análisis de la información obtenida durante el estudio operativo realizado en la **Unidad Regional Huetar Caribe**, el cual comprendió la revisión de la **Caja Auxiliar**, el **Fondo de Personas Usuarias**, una muestra de **expedientes de personas usuarias** y el proceso de **entrega y traslado de activos institucionales asignados a la Jefatura de la Regional**.

4.1 CONCLUSIÓN

De la revisión efectuada a la información y documentación relacionada con la **Caja Auxiliar** y el **Fondo de Personas Usuarias** de la **Unidad Regional Huetar Caribe**, se determinó que no existen elementos que evidencien diferencias materiales en la conformación de los fondos analizados.

En el caso de la Caja Auxiliar, la totalidad de los recursos se encontraba depositada en la cuenta bancaria asociada al fondo, observándose únicamente una diferencia de ¢0,86 originada por intereses bancarios generados, monto que se considera no material y que no afecta la razonabilidad de la conformación del fondo.

Por su parte, se determinó que el Fondo de Personas Usuarias no mantenía recursos disponibles al momento de la revisión debido a disposiciones administrativas

temporales relacionados con el proceso de parametrización e implementación del SIPGAF para el período 2026. Asimismo, se verificó que la cuenta bancaria asociada únicamente registraba intereses generados por la propia cuenta, sin que se identificaran sobrantes o faltantes atribuibles a la administración del fondo.

En consecuencia, la información analizada permite concluir que los recursos revisados mantienen una adecuada trazabilidad y respaldo documental, sin evidenciar situaciones que comprometan su adecuada administración.

4.1 CONCLUSIÓN

La revisión de la muestra de expedientes de personas usuarias permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con la conformación y control documental de los expedientes físicos resguardados por la **Unidad Regional Huetar Caribe**.

Entre las principales situaciones observadas se encuentra la ausencia de bitácoras de control, la falta de incorporación de la escala de valoración de riesgo de femicidio, la ausencia de boletas de seguimiento de atención psicológica, la falta de identificación de la persona funcionaria responsable de determinadas actuaciones y deficiencias relacionadas con el foliado documental.

Estas situaciones limitan la trazabilidad, integridad y control de la documentación que respalda los procesos de atención institucional, generando riesgos asociados a la gestión documental y al adecuado seguimiento de los casos atendidos.

No obstante, se determinó que las oportunidades de mejora identificadas corresponden a aspectos de naturaleza similar a los comunicados previamente por esta Auditoría Interna mediante la **Recomendación 2** del Informe **INAMU-JD-AI-In-006-2026**, denominado **“Estudio de Control Interno relacionado con la visita a la Unidad Regional Brunca 2026”**, dirigida a la Dirección Estratégica para analizar los factores que han dificultado el cumplimiento de la normativa institucional aplicable en materia de conformación y administración de expedientes. En consecuencia, corresponde dar seguimiento a las acciones implementadas por la Administración Activa en atención a dicha recomendación. (*Ver Hallazgo 1*).

4.3 CONCLUSIÓN

La revisión efectuada sobre el proceso de entrega y traslado de los activos institucionales asignados a la jefatura de la **Unidad Regional Huetar Caribe** permitió determinar que la reasignación de dichos bienes no fue formalizada oportunamente conforme al procedimiento establecido en el Reglamento de Administración de Activos del INAMU.

Si bien se obtuvo evidencia de gestiones posteriores orientadas a regularizar la situación de los activos mediante listados de bienes, correos electrónicos y coordinaciones con las instancias responsables del control institucional de activos, no fue posible localizar documentación que acreditara la formalización del traslado de los bienes mediante el formulario institucional correspondiente previo a la separación temporal de la funcionaria, ni evidencia de la realización de un inventario físico conjunto que permitiera validar formalmente la entrega y recepción de los activos asignados.

Asimismo, las verificaciones efectuadas evidenciaron limitaciones en la información disponible para la identificación de las personas responsables de los bienes institucionales. La consulta realizada en el módulo de Activos del SIPGAF no permitió determinar la persona funcionaria responsable de los activos registrados para el centro de costo de la Unidad Regional Huetar Caribe y adicionalmente, la revisión del registro auxiliar de activos generado desde el Sistema BOS-HT permitió identificar que, con corte a mayo del 2026, aún figuraban ciento veinticuatro (124) activos registrados a nombre de la señora Graymy Cortez Miranda.

Lo anterior evidencia debilidades en el proceso de control, formalización documental y actualización de los registros institucionales asociados a la entrega, recepción y reasignación de bienes institucionales, particularmente cuando se producen cambios temporales o permanentes en las responsabilidades administrativas de las personas funcionarias, situación que limita la trazabilidad, control y verificación de la custodia de los activos institucionales. *(Ver Hallazgo 2 y Recomendación 01).*

5 RECOMENDACIONES.

Como resultado del estudio operativo realizado en la Unidad Regional Huetar Caribe, se presentan las siguientes recomendaciones dirigidas a fortalecer el sistema de control interno, corregir las situaciones identificadas durante la revisión y promover el cumplimiento de la normativa institucional aplicable. Su implementación contribuirá al fortalecimiento de la gestión documental de los expedientes de personas usuarias, al adecuado control de los activos institucionales y al mejoramiento continuo de los procesos administrativos de la Unidad Regional.

5.1 RECOMENDACIÓN

AL DEPARTAMENTO DE PROVEEDURIA.

En un plazo no mayor a quince (15) días, realizar las gestiones necesarias para normalizar la asignación y custodia de los activos institucionales en la Unidad Regional Huetar Caribe los cuales se encontraban bajo la responsabilidad de la exjefatura regional, verificando que los registros institucionales identifiquen de forma clara y actualizada a la persona funcionaria responsable de cada uno de los bienes asignados.

Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación, deberá remitirse a esta Auditoría Interna la documentación que evidencie la actualización de los registros correspondientes y la formalización de la asignación o reasignación de los activos institucionales, conforme a los procedimientos establecidos por la normativa institucional vigente.

La implementación de esta recomendación permitirá fortalecer la trazabilidad de los activos institucionales, mejorar la confiabilidad de los registros administrativos y reducir los riesgos asociados a inconsistencias en la identificación de las personas responsables de la custodia y control de los bienes institucionales. *(Ver Hallazgo 2 y Conclusión 03).*

5.2 RECOMENDACIÓN

AL DEPARTAMENTO DE PROVEEDURIA.

En un plazo no mayor a quince (15) días, realizar las gestiones necesarias para validar con el proveedor del Sistema SIPGAF, el funcionamiento del módulo de activos, específicamente en lo relacionado con los reportes de consulta por responsable, con el fin de determinar las causas que impiden identificar a la persona funcionaria responsable de los bienes registrados en determinados centros de costo y definir las acciones correctivas que correspondan.

Asimismo, establecer y comunicar las medidas de control que resulten necesarias para asegurar que, en futuros procesos de sustitución temporal, traslado, cese de funciones o cambios en la custodia de bienes institucionales, la entrega, recepción y reasignación de activos se formalice oportunamente mediante los formularios y procedimientos establecidos en el Reglamento de Administración de Activos del INAMU.

El cumplimiento de esta recomendación contribuirá a fortalecer la confiabilidad, integridad y trazabilidad de la información registrada en los sistemas institucionales, así como a mejorar los mecanismos de control asociados a la Administración, custodia y seguimiento de los activos institucionales. *(Ver Hallazgo 2 y Conclusión 03).*

6 ANEXOS

A continuación, se presentan los documentos de respaldo que completan información contenida en el presente informe. Estos anexos contienen evidencia relacionada con los procedimientos realizados durante el proceso de auditoría.

6.1 ANEXO

Tabla 4.- Carátula del Arqueo de la Caja Auxiliar.

INAMU		INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES		COMISO:	UT-FE-01
		DEPARTAMENTO FINANCIERO CONTABLE		VERSIÓN:	01
		UNIDAD DE TESORERÍA		FECHA DE CREACIÓN:	30/01/2026
		FORMULARIO MODELO ARQUEO DE FONDO DE CAJA		FECHA APROBACIÓN:	30/01/2026
TIPO DE FONDO:		Caja Chica		DEPENDENCIA: Departamento Regional Huastar Caribe	
ENCARGADO (A):		Yosette Blake Pecou		REALIZADO POR: Jeffrey Hidalgo Chaves	
MONTO DEL FONDO ASIGNADO:		€400 000,00		FECHA: 2/2/2026	
TIPO DE ARQUEO:		CONTROL Y SUPERVISIÓN		HORA: 13:13:43	
DETALLE DE LA COMPOSICIÓN DEL FONDO					
MONEDAS	CANTIDAD	MONTO	BILLETES	CANTIDAD	MONTO
5,00	-	-	1 000,00	-	-
10,00	-	-	2 000,00	-	-
25,00	-	-	5 000,00	-	-
50,00	-	-	10 000,00	-	-
100,00	-	-	20 000,00	-	-
500,00	-	-	50 000,00	-	-
TOTAL MONEDAS		€0,00	TOTAL BILLETES		€0,00
TOTAL EFECTIVO (MONEDAS + BILLETES)					€0,00
MAS: COMPROBANTES					
1-) Reintegros en trámite (Anexo 1)					-
2-) Giros de dinero pendientes de liquidar (Anexo 2)					-
3-) Giros de dinero-Comprobantes de Gastos (Anexo 3)					-
4-) Fondo Provisional (Anexo 4)					-
5-) Saldo cuenta bancaria No.: 200-01-204-000059-3					€400 214,61
Fecha del estado de cuenta: 02-02-2026					
MENOS: INTERESES					
6-) Intereses Ganados en cuenta corriente- Comprobante No.: 355231 €62,15 / 01089188 €151,60-					€213,75
Fecha de los intereses ganados: 02-01-2026 / 02-02-2026					
TOTAL EFECTIVO + COMPROBANTES - INTERESES					400 000,86
TOTAL DEL FONDO ASIGNADO					400 000,00
DIFERENCIA (+) o (-)					0,86
DIFERENCIA (+): FECHA: DEPOSITO NO:					
Los valores arriba detallados fueron arqueados en presencia de la persona responsable del fondo, los comprobantes fueron examinados conjuntamente con la persona que realiza el arqueo y a su vez el responsable de la misma, bajo cuyo control personal se mantuvieron durante todo el tiempo del arqueo; los cuales se firmaron y se recibe de conformidad.					
Firma Persona Encargada del fondo Cédula: 108920478			Firma Persona Encargada de realizar Arqueo Cédula: 109780769		
Observaciones:					
Se viene arrastrando la suma de €0,86- centimos en el fondo, Debido al monto nos pueda efectuar la devolución.					

Fuente: Arqueo elaborado por la Administración de la URHC.

6.2 ANEXO

Tabla 5.- Carátula del Arqueo del Fondo de Personas Usuarias.

	INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES		CODIGO:	UT-FE-01
	DEPARTAMENTO FINANCIERO CONTABLE		VERSIÓN:	01
	UNIDAD DE TESORERÍA		FECHA DE CREACIÓN:	30/01/2026
	FORMULARIO MODELO ARQUEO DE FONDO DE CAJA		FECHA APROBACIÓN:	30/01/2026

TIPO DE FONDO:	Personas Usuarias	DEPENDENCIA:	Departamento Regional Huetar Caribe
ENCARGADO (A):	Jeffrey Hidalgo Chaves	REALIZADO POR:	Yosette Blake Pecou
MONTO DEL FONDO ASIGNADO:	€0,00	FECHA :	3/2/2026
TIPO DE ARQUEO:	CONTROL Y SUPERVISION	HORA:	9:56:26

DETALLE DE LA COMPOSICIÓN DEL FONDO					
MONEDAS	CANTIDAD	MONTO	BILLETES	CANTIDAD	MONTO
5,00	-	-	1 000,00	-	-
10,00	-	-	2 000,00	-	-
25,00	-	-	5 000,00	-	-
50,00	-	-	10 000,00	-	-
100,00	-	-	20 000,00	-	-
500,00	-	-	50 000,00	-	-
TOTAL MONEDAS		€0,00	TOTAL BILLETES		€0,00
TOTAL EFECTIVO (MONEDAS + BILLETES)					€0,00

MAS:COMPROBANTES	
1-) Reintegros en trámite (Anexo 1)	-
2-) Giros de dinero pendientes de liquidar (Anexo 2)	-
3-) Giros de dinero-Comprobantes de Gastos (Anexo 3)	-
4-) Fondo Provisional (Anexo 4)	-
5-) Saldo cuenta bancaria No.: 200-01-204-000042-1	€231,40
Fecha del estado de cuenta: 02-02-2026	

MENOS: INTERESES	
6-) Intereses Ganados en cuenta corriente- Comprobante No.:	€231,40
Fecha de los intereses ganados: 02-01-2026	

TOTAL EFECTIVO + COMPROBANTES - INTERESES	0,00
TOTAL DEL FONDO ASIGNADO	0,00
DIFERENCIA (+) o (-)	0,00

DIFERENCIA (+): _____ FECHA: _____ DEPOSITO N° _____

Los valores arriba detallados fueron arqueados en presencia de la persona responsable del fondo, los comprobantes fueron examinados conjuntamente con la persona que realiza el arqueo y a entera satisfacción de la misma, bajo cuyo control personal se mantuvieron durante todo el tiempo del arqueo, los cuales le fueron devueltos y los recibe de conformidad.

	
Firma Persona Encargada del fondo Cédula: 109750769	Firma Persona Encargada de realizar Arqueo Cédula: 108920478

Observaciones:

Fuente: Arqueo elaborado por la Administración de la URHC.

6.3 ANEXO

Tabla 6.- Listado de Activos por responsable URHC (Hoja 1 de 9)

INAMU										
Listado de Activos por Responsable										
Desde null Hasta 02/06/2026										
Responsable -										
Placa	Descripción	Marca	Modelo	Serie	Dis.	Ubicación	Estado	Mon. V.	Compra	
2027	Tableta electronica 3G-16Gb-358063050771748			RV1DA7V01PK	DIS	28	EXCELE	COL	284,298.15	
2203	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2204	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-A56L	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2205	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-A57L	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2206	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-A58L	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2207	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-A59L	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2208	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2209	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2211	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-847-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2212	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2213	Monitor LED 20 0J6HFT			74445-59B-	DIS	28	EXCELE	COL	108,817.40	
2283	Computadora portatil c/maleatin			GKDH682	BAJ	28	REGULA	COL	889,536.00	
2285	Monitor LED 22 0N5RG7			74261-536-0LYS	DIS	28	BUENO	COL	121,746.16	
2317	Proyector Multimedia			095625	DIS	28	EXCELE	COL	1,287,493.00	
2412	Monitor LED 20-0J6HFT-			CVHN272	DIS	28	EXCELE	COL	112,318.07	
2413	Monitor LED 20-0J6HFT-			DKHN272	DIS	28	EXCELE	COL	112,318.07	
2489	CPU Core i5-6600 c/T-M-P			2D98XK2	DIS	28	BUENO	COL	429,201.85	
2560	Monitor LED 20 02MVD5			FYYCBK2	DIS	28	BUENO	COL	140,000.00	
2562	Monitor LED 20 02MVD5			GKXCCK2	DIS	28	EXCELE	COL	140,000.00	
2872	Camara fotografica digital 10.1mp			8304357	DIS	28	EXCELE	COL	128,319.00	
317-26	Pick-up doble cabina 2013			MR0FR22G3007	DIS	28	EXCELE	COL	14,470,609.10	
317-36	Vehiculo 4x4 SUV			JTMBF9EV1GD	DIS	28	BUENO	COL	10,275,329.94	
317-52	Pick-up D.C. 4x4 2.4L -2023			8AJKB3CD6P16	DIS	28	EXCELE	COL	22,355,760.97	
4019	Tableta iPad 9.7 32GB 353036091265683			DMPWVHFJVJF8	DIS	28	EXCELE	COL	402,535.49	
4020	Tableta iPad 9.7 32GB 353036091569589			DMPWVJ49HJF8	DIS	28	EXCELE	COL	402,535.49	
4021	Tableta iPad 9.7 32GB 353035091365527			DMPWVJQ68JF8	DIS	28	EXCELE	COL	402,535.49	
4066	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J5V0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4067	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J3Y0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4070	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J3W0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4077	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J6Z0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4079	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J6Z0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4088	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J2W0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4091	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J6X0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4094	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J4Y0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4095	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J7V0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4096	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J2Y0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4097	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J6W0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4101	CPU i5 micro c/base/dvd/t/m/p			5J3T0S2	DIS	28	EXCELE	COL	557,819.82	
4107	Monitor LED 22			BZD7HN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4108	Monitor LED 22			67GVGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4111	Monitor LED 22			6N9VGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4118	Monitor LED 22			47GVGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4120	Monitor LED 22			5DGVGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4129	Monitor LED 22			4DGVGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4132	Monitor LED 22			7W8VGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
4134	Monitor LED 22			HT8VGN2	DIS	28	EXCELE	COL	135,000.00	
02/06/2026	rptResponsable_Activo								Página 1 de 1	

Fuente: Elaborado por la auditoría interna.

7 ANÁLISIS DE LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS DE LA ADMINISTRACIÓN.

Número de oficio de remisión:	Borrador de informe remitido mediante oficio: INAMU-JD-AI-106-2026.
Dependencia que emite observaciones:	Ana Lorena Flores Salazar, directora, Dirección Estratégica.
Referencia documental:	INAMU-PE-DE-164-2026 del 09 de junio del 2026.
Detalle en el Informe Borrador:	El comentario hace referencia a la Conclusión 02 del presente informe, en la cual se menciona la Recomendación 2 del Informe INAMU-JD-AI-In-006-2026 , denominado “Estudio de Control Interno relacionado con la visita a la Unidad Regional Brunca 2026” al informe en general.
Comentario de la Administración:	La directora Estratégica indica que en lo referente a la Conclusión 02, se realizó la remisión del oficio INAMU-PE-DE-164-2026 cuyo documento atiende la disposición 5.2 del Informe de Auditoría Interna N.º INAMU-JD-AI-In-000-2026, relacionada con el estudio de control interno realizado en la Unidad Regional Brunca. En este se informa sobre los factores internos que han limitado el cumplimiento de la normativa institucional aplicable a la conformación y gestión de expedientes administrativos, particularmente en relación con la Norma Técnica Nacional 001 y la Circular N.º 003-2019 de la Presidencia Ejecutiva. Asimismo, se reconoce que los hallazgos identificados por la Auditoría Interna evidencian debilidades como ausencia de índice, uso inadecuado del foliado y falta de documentación de respaldo, situaciones que afectan la integridad, trazabilidad y control de la información institucional. Para identificar dichos factores, la Dirección Estratégica desarrolló un proceso participativo con las Unidades Regionales, mediante una sesión de análisis orientada a conocer las principales dificultades operativas y organizacionales que inciden en la gestión documental. Como resultado, se determinaron limitaciones relacionadas con la falta de recursos materiales, restricciones de tiempo operativo, insuficiencia de personal administrativo de apoyo, necesidades de capacitación y acompañamiento técnico, falta de estandarización de criterios, debilidades en los mecanismos de supervisión, rotación de personal, ausencia de sustituciones y rezagos en expedientes históricos. Finalmente, el documento señala que el incumplimiento de la normativa no responde a una única causa, sino a un conjunto de condiciones estructurales, operativas y organizacionales que deben ser abordadas de manera integral. Para ello, se formuló un cronograma de trabajo que contempla acciones dirigidas a la regularización de expedientes en rezago, el abastecimiento oportuno de insumos, el fortalecimiento de capacidades institucionales, la estandarización de procesos, el fortalecimiento de la supervisión y control, así como la optimización de la organización del trabajo. Además, la Dirección Estratégica reitera su compromiso con la mejora continua, el fortalecimiento del sistema de control interno y el seguimiento periódico de las acciones definidas.

	La Dirección definió el cronograma orientado a la regularización de expedientes, fortalecimiento de capacidades y mejora de los controles interno, en las siguientes etapas:					
	▪ Regularización de expedientes en rezago: Subsanan las debilidades identificadas en expedientes físicos, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente. ▪ Abastecimiento oportuno de recursos: Garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para la adecuada gestión documental. ▪ Fortalecimiento de capacidades institucionales: Mejorar la aplicación uniforme de los lineamientos mediante capacitación y acompañamiento técnico. ▪ Estandarización de procesos: Homogenizar la gestión documental a nivel institucional. ▪ Fortalecimiento de la supervisión y control interno: Asegurar el cumplimiento sostenido de la normativa mediante controles sistemáticos. ▪ Organización del trabajo y apoyo administrativo: Reducir las limitaciones operativas que inciden en la gestión documental.					
¿Se acoge la observación?	SI	☒	NO	☐	N/A	☐
Argumentos de la Auditoría Interna:	La auditoria interna acoge la solicitud realizada y procede a incorporar en está sección los comentarios referentes a la documentación entregada sobre la atención a la Recomendación 2 del Informe INAMU-JD-AI-In-006-2026 , denominado Estudio de Control Interno relacionado con la visita a la Unidad Regional Brunca 2026 .					

Cc. Sra. Ana Lorena Flores Salazar, directora, Dirección Estratégica.
Sra. Ninotchka Benavides Badilla, directora, Dirección Financiero Contable.
Sra. María Esther Vargas Vega, coordinadora, Departamento Desarrollo Regional.
Sr. Carlos Barquero Trigueros, coordinador, Departamento de Proveeduría.
Sra. Yorleny Calvin Zuñiga, jefatura, Unidad Regional Huetar Caribe.
Sra. Ingrid Trejos Marín, jefatura, Unidad de Informática.
Sra. Shirley Gayle Monge, profesional especialista, Dirección Estratégica.
Archivo.