



MS-AI-661-2025

28 de julio de 2025

Doctora
Mary Denisse Munive Angermüller
Vicepresidenta de la República y Ministra de Salud
Despacho del Ministerial

ASUNTO: REMISIÓN INFORME MS-AI-660-2025

Estimada doctora:

Me permito remitirle el informe MS-AI-660-2025, preparado por la Unidad de Auditoría de Rectoría de la Salud, el cual contiene los resultados de la Auditoría de Carácter Especial sobre el Sistema de Gestión Documental ORBE.

Con el propósito de fortalecer el sistema de control interno, esta Auditoría Interna considera que la Institución debe tomar acciones respecto a lo señalado en el presente informe, debido a los aspectos observados y a la importancia del Sistema ORBE. Este sistema permite organizar, controlar y garantizar el flujo adecuado de la documentación institucional, asegurando una gestión documental eficiente, transparente y segura. Asimismo, contribuye a optimizar el flujo de información, mejorar los tiempos de respuesta institucional y preservar adecuadamente los documentos, lo cual resulta clave para una buena gobernanza y una toma de decisiones informada.

Sobre el seguimiento de recomendaciones se debe tener presente lo señalado en la Ley N° 8292, denominada Ley General de Control Interno, específicamente en los artículos 37, 38 y 39 así como en la resolución de la Contraloría General de la República R-DC-64-2014 “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público” que señala en la norma “206. Seguimiento.” lo siguiente:

“02. La Administración es responsable tanto de la acción correctiva como de implementar y dar seguimiento a las disposiciones y recomendaciones de manera oportuna y efectiva, por lo que deberá establecer políticas, procedimientos y sistemas para comprobar las acciones llevadas a cabo para asegurar el correcto y oportuno cumplimiento. Las auditorías internas deberán verificar el cumplimiento de las disposiciones o recomendaciones que otras organizaciones de auditoría hayan dirigido a la entidad u órgano de su competencia institucional.”

Por lo anterior, se le recuerda que cuenta con **30 días hábiles** para el jerarca a partir del recibido de este informe, para elaborar el “Plan de Acción” sobre la implementación de las recomendaciones y remitirlo a través del Sistema a esta Dirección para su aprobación.



De usted con atentos saludos.

Atentamente,

AUDITORÍA INTERNA



Licda. Miriam Calvo Reyes, MBA
Auditora Interna a.i.

Cc. Ing. Pedro Meckbel Guillén, Director, Dirección de Transformación y Salud Digital.
Lic. Edgar Morales González, Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación.
Dra. Andrea Garita Castro, Directora, Dirección de Planificación Estratégica.

RVG/OAM/MCR/*



INFORME MS-AI-660-2025
Auditoría de Carácter Especial sobre el Sistema de Gestión Documental
ORBE

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Origen de la auditoría.....	6
1.2. Objetivo general	6
1.3. Alcance de la Auditoría	6
1.4. Generalidad acerca del objeto auditado.....	6
1.5. Normativa técnica aplicable	7
1.6. Ley de Control Interno.....	7
1.7. Comunicación de resultados	7
2. RESULTADOS.....	9
2.1. Implementación del sistema de gestión documental ORBE.....	9
2.2. Utilización de bitácora institucional	14
2.3. Reportes de usuarios del sistema.....	15
2.4. Gestión de incidentes por pérdida de correos electrónicos.....	16
2.5. Integración y control en el proceso de atención a incidentes.....	20
2.6. Control de facturas de pago.....	21
3. CONCLUSIONES	23
4. RECOMENDACIONES	25
5. ANEXOS	29



INFORME MS-AI-660-2025

AUDITORÍA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORBE

RESUMEN EJECUTIVO

La presente auditoría se realizó en cumplimiento al Plan Anual de Trabajo de Auditoría, con el objetivo de determinar si el sistema de gestión documental permite la automatización del proceso de la gestión de correspondencia y archivística de la institución de acuerdo con la normativa vigente. El alcance de la auditoría abarcó el periodo 2023.

El proyecto surgió como respuesta a la necesidad de sustituir el sistema de correspondencia actual, considerado obsoleto, y avanzar hacia una solución de “cero papeles”, que permita agilizar trámites, estandarizar procesos y mejorar la administración documental de la institución, facilitar la administración de la ejecución de las tareas y estandarizar los procesos en cuanto a trámites, gestión documental y archivo.

La administración y supervisión técnica del proyecto están a cargo del Departamento de Tecnología de Información y Comunicación (DTIC), específicamente en la Unidad de Sistemas de Información.

La investigación de la auditoría se llevó a cabo mediante, reuniones, entrevistas, revisión de prueba documental, pruebas selectivas, elaboración y aplicación de encuesta a usuarios, con el fin de obtener información más precisa sobre el proceso de implementación, evaluar la usabilidad del sistema y la satisfacción general con su funcionamiento.

El sistema ORBE es una herramienta en línea que permite a la institución implementar flujos de trabajo para el manejo eficiente de documentos. A través de esta plataforma, los usuarios pueden acceder al sistema, firmar digitalmente y cumplir con la normativa vigente en materia de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos. ORBE administra el ciclo de vida documental, desde su creación hasta su disposición final, asegurando su disponibilidad y accesibilidad en todo momento. Asimismo, facilita la estandarización de procesos documentales, apoyando la elaboración y mantenimiento de políticas y procedimientos institucionales.

No obstante, como resultado de la investigación, se identificaron debilidades en el control interno, el cumplimiento normativo y la eficiencia operativa durante la implementación del sistema.

Control Interno y Documentación: *Se identificaron debilidades en el control interno, especialmente por la entrega de documentación incompleta, carente de un orden lógico o sistemático, desorganizada o en estado de borrador, dificultando su adecuada revisión y análisis. A pesar de requerimientos específicos, no se entregaron versiones definitivas de algunos documentos. Tampoco se evidenció control o supervisión de la calidad de los remitidos, lo que refleja carencias en los mecanismos internos de validación.*



Gestión de Incidentes: Se reportaron pérdidas de correos y errores en el envío debido a diversas causas, entre ellas: archivos adjuntos que superan el tamaño permitido, errores en la digitación de la dirección de correo del destinatario, selección incorrecta del receptor por parte del usuario, buzones saturados y fallas en el módulo “Ventanilla Virtual”. Asimismo, se identificó la falta de trazabilidad entre las plataformas de gestión de tiquetes internos y las del proveedor, así como la ausencia de documentación sobre la resolución final de los casos, lo que impide contar con un registro completo del ciclo de vida de cada incidente.

Cumplimiento Normativo: La normativa interna establece la obligación de elaborar bitácoras de reuniones como respaldo de las decisiones y acuerdos adoptados. No obstante, durante la auditoría no se presentaron dichas evidencias, ya que esta práctica no ha sido implementada por el equipo del proyecto.

Gestión Administrativa: Se identificaron inconsistencias en el control de facturas tramitadas por el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), tales como pagos efectuados por la Unidad Financiera sin que el DTIC tuviera registro de estos, así como facturas correspondientes a servicios de alojamiento gestionadas antes de la entrada en producción del sistema.

Se concluye que el sistema ORBE cumple con el objetivo de automatizar los procesos de correspondencia y archivo, así como con los requerimientos de trazabilidad establecidos por la normativa del Archivo Nacional para el ciclo de vida documental, dado que se han definido tablas de plazos para la gestión de los documentos.

No obstante, la implementación del sistema aún no se ha completado en todas las unidades organizativas de la institución. Actualmente, su operación se limita a algunas direcciones del nivel central y a determinadas sedes regionales, quedando pendiente su despliegue en el resto de las dependencias centrales, en las demás regiones y en todo el nivel local. Esta situación contrasta con el cronograma inicial, que preveía una implementación total en tan solo 10 días, entre el 30 de octubre y el 12 de noviembre de 2020.

Esta auditoría recomienda continuar con el fortalecimiento del sistema mediante la incorporación de nuevas funcionalidades que optimicen la experiencia del usuario, eviten la duplicación de actividades y amplíen su alcance a todas las unidades organizativas.

Asimismo, es fundamental establecer mecanismos efectivos para la documentación, la trazabilidad de incidentes y el control interno de los insumos del proyecto.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Origen de la auditoría

Este informe se origina en cumplimiento al Plan Anual del Trabajo de Auditoría correspondiente al periodo 2024, el cual corresponde a la determinación del universo auditable, valoración de los riesgos institucionales y analizar los factores críticos de éxito vinculados al desarrollo de las actividades del Departamento de Tecnología de Información y Comunicación (DTIC), relacionadas con el Sistema de Gestión Documental ORBE.

1.2. Objetivo general

Determinar si el sistema de gestión documental ORBE permite la automatización del proceso de la gestión de correspondencia y la gestión archivística de la institución de acuerdo con la normativa vigente.

1.3. Alcance de la Auditoría

El alcance de la auditoría abarca el periodo correspondiente al año 2023.

Para el cumplimiento de los objetivos de la auditoría, se llevaron a cabo entrevistas y diversas reuniones con la contraparte técnica del proyecto, así como con las jefaturas involucradas, con el propósito de conocer el funcionamiento del sistema y recabar información relevante.

Asimismo, se revisaron aspectos relacionados con las cuatro contrataciones vinculadas al proyecto: contratación inicial, soporte, mantenimiento y alojamiento.

Finalmente, se analizó la normativa vigente aplicable al objeto de la auditoría, incluyendo aspectos relativos a la seguridad de la información, licenciamiento, implementación del proyecto, trazabilidad del proceso de gestión documental y consideraciones sobre el alojamiento del sistema.

1.4. Generalidad acerca del objeto auditado

El sistema de gestión documental ORBE facilita la administración de documentos electrónicos, supervisando su ciclo de vida y aplicando principios de estandarización documental. Funciona como una herramienta en línea que permite a la institución implementar flujos de trabajo eficientes para la gestión de documentos. Dependiendo de la versión y las necesidades, el ORBE puede incluir otras funcionalidades como la gestión de contratos, la integración con otros sistemas de información, la generación de reportes, entre otros. Recientemente se diseñó una aplicación móvil, que permite a los usuarios acceder al sistema de gestión documental y firmar digitalmente documentos desde dispositivos móviles, cumpliendo con las leyes de certificados, firmas digitales y documentos electrónicos.



Además, gestiona el ciclo de vida de los documentos desde su creación hasta su disposición final, garantizando que estén disponibles y accesibles cuando se necesiten, facilita la estandarización documental ayudando a las instituciones a crear y mantener políticas y procedimientos para la gestión de documentos, lo que asegura la uniformidad y la coherencia en la documentación y ofrece herramientas para la búsqueda y el acceso a la información, de manera que le permite a los usuarios encontrar y recuperar documentos rápidamente, lo que mejora la eficiencia y la productividad.

1.5. Normativa técnica aplicable

La auditoría se efectuó de conformidad con la normativa aplicable al ejercicio de la Auditoría Interna, las “Normas para el Ejercicio de la Auditoría Interna en el Sector Público” (R-DC-119-2009), las “Normas Generales de Auditoría para el Sector Público” (R-DC-064-2014) y los procedimientos internos de esta Dirección.

1.6. Ley de Control Interno

Las recomendaciones contenidas en este informe están sujetas a las disposiciones del artículo 37 de la Ley N° 8292 Ley General de Control Interno, que establece un plazo improrrogable de 30 días hábiles, contados a partir del recibido de este informe, para ordenar la implementación de las recomendaciones, si discrepa de estas, proponer las objeciones y soluciones alternas. Todo ello tendrá que comunicarlo a la Auditoría Interna para las valoraciones pertinentes.

De ordenar el jerarca soluciones distintas de las recomendadas, esta Auditoría Interna de conformidad con lo indicado en el artículo 38 de la ley en cita, tendrá un plazo de quince días hábiles para exponerle por escrito los motivos de su inconformidad con lo resuelto y para indicarle que el asunto en conflicto debe remitirse a la Contraloría General de la República, salvo que se allane a las razones de inconformidad indicadas.

Por lo anterior, se le agradece comunicar a esta Auditoría Interna, dentro del plazo señalado, la decisión que se tome con respecto a las recomendaciones que se plantean, así como que se formalice en un plazo razonable el plan de acción, con el respectivo cronograma de cumplimiento.

Es importante resaltar que la atención oportuna de las recomendaciones emitidas en este informe fortalece el sistema de control interno, por lo que el incumplimiento injustificado de estas acciones de mejora va en detrimento de los deberes asignados en la Ley N° 8292; por ende, son causales de responsabilidad administrativa y civil.

1.7. Comunicación de resultados

Las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público aprobadas mediante Resolución de la Contraloría General de la República, N° R-DC-64-2014 publicado en La Gaceta No. 184 del 25 de setiembre de 2014, establece en su norma 205.03 lo que a continuación se transcribe:



“Las instancias correspondientes de la administración auditada deben ser informadas, sobre los principales resultados, las conclusiones y las disposiciones o recomendaciones según corresponda, producto de la auditoría que se lleve a cabo, lo que constituirá la base para el mejoramiento de los asuntos examinados”.

Por lo tanto, en cumplimiento de la supracitada norma, el día 15 de julio de 2025, se procedió a realizar la exposición del presente informe en modalidad virtual, a través de la herramienta Microsoft Teams, con la presencia de los siguientes funcionarios:

Por parte de la Administración:

Dra. Karolina Ulloa Monge	Directora Despacho Ministerial
Lic. Cristiam Barquero Gamboa	Asesor Despacho Ministerial
Ing. Pedro Meckbel Guillén	Director Dirección de Transformación y Salud Digital
Ing. Edgar Morales González	Jefe, Departamento de Tecnología de Información y Comunicación
Inga. Shirley Espinoza Vindas	Jefe, Unidad de Sistemas de Información
Inga. Mónica Quesada Madrigal	Colaboradora, Unidad de Sistemas de Información

Por parte de la Auditoría Interna:

Licda. Miriam Calvo Reyes	Auditora Interna a.i.
Licda. Olga Alvarado Mora	Jefe, Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud
Ing. Ruth Valverde Gamboa	Colaboradora, encargada de la auditoría

La comunicación escrita se realizó mediante el oficio CARTA-MS-AI-629-2025 del 16 de julio 2025, dirigido a la Dra. Mary Denisse Munive Angermüller, incluyendo copia del borrador del informe para los demás interesados. Se otorga un plazo no mayor a cinco días hábiles para que formularan y remitiera a esta Dirección, las observaciones que tuviesen sobre el particular. Al finalizar el plazo otorgado se informa que las observaciones al borrador de informe fueron remitidas por la Administración mediante oficio CARTA-MS-DTSD-DTIC-433-2025. Lo resuelto sobre el particular se comunicó en el oficio CARTA-MS-AI-659-2025.



2. RESULTADOS

De las pruebas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados, según los objetivos de la auditoría:

2.1. Implementación del sistema de gestión documental ORBE

La institución inició a finales del año 2020 un proyecto para la implementación del sistema de gestión documental ORBE, dicho sistema aún no ha sido completamente implementado en el nivel central, a pesar de que, en el oficio MS-DM-7597-2023 del Despacho Ministerial, se instruye expresamente la implementación del sistema en el nivel central.

La contraparte responsable del proyecto elaboró un cronograma de capacitaciones, sin embargo, éste no se ha ejecutado en su totalidad, debido a que diversos usuarios convocados han indicado no contar con la disponibilidad de tiempo para participar, o, porque sus jefaturas han priorizado otras actividades, lo cual ha limitado la participación del personal, además, de los múltiples cambios de personal.

Se consultó a la administración sobre aspectos relacionados con el licenciamiento, soporte, mantenimiento y otros, obteniéndose lo siguiente:

1. El licenciamiento es por usuario nombrado, solo se paga una única vez, la cantidad de licencias que la institución ha adquirido es la siguiente (total 318):

AÑO	Licencias
ago-20	91
abr-21	72
oct-21	45
nov-22	20
set-23	60
mar-24	30

2. Soporte y mantenimiento: El siguiente detalle presenta las horas ejecutadas y disponibles sobre el soporte y mantenimiento a la fecha:

AÑO	CANTIDAD HORAS CONTRATADA	UTILIZADAS
AÑO 1/ 2 MESES	20	20,5
AÑO 2 (2022)	80	63
AÑO 3 (2023)	88	65,5
AÑO 4 (2024)	96	
AÑO 5 / 10 MESES (2025)	52	
TOTALES	336	149
DISPONIBLES	187	



3. Según la información suministrada por la administración, el avance de la implementación del proyecto en los tres niveles de gestión es el siguiente:

- 71% Nivel central.
- 11% Nivel regional.
- 0% Áreas locales.

Además, se aportó el cuadro de la imagen, el cual según se observa contiene el nombre de las dependencias donde se ha implementado el ORBE, el ambiente en que se está trabajando (*PRODUCCIÓN/PRUEBAS*), por rol "*ENTRANTE* y *SALIENTE*":

DEPENDENCIA	PRODUCCION ENTRANTE	PRODUCCION SALIENTE	PRUEBAS
DESPACHO MINISTERIAL		X	
DESPACHO VICEMINISTRO URQUIYO	X	X	
DESPACHO VICEMINISTRO MORA	X	X	
UNIDAD DE COMUNICACIÓN	X	X	
GENERAL DE SALUD	X	X	
DIRECCION DTIC	X	X	
AUDITORIA INTERNA		X	X
CONTRALORIA DE SERVICIOS	X	X	
DIRECCION DE PLANIFICACION		X	X
RELACIONES INTERNACIONALES	X	X	
FINANCIERO BIENES Y SERVICIOS		X	X
DIRECCION ATENCION AL CLIENTE	X	X	
DIRECCION DE INVESTIGACION		X	X
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD		X	X
DIVISION ADMINISTRATIVA-ARCHIVO CENTRAL	X	X	
DIRECCION DE ASUNTOS JURIDICOS			X
DIVISION ADMINISTRATIVA			X
DIRECCION DE REGULACION			X
DIRECCION DE PROTECCION RADIOLOGICA Y SALUD AMBIENTAL			X
DIRECCION DE VIGILANCIA			X
DIRECCION DESARROLLO HUMANO			X

Se evaluaron tres posibles escenarios para calcular los datos entregados, considerando distintas variables y supuestos:

# escenario	Acción aplicada	Resultado
1	Se realizó sumatoria de la columna " <i>DEPENDENCIAS</i> ", dando como resultado 21 .	Aplicando regla de tres, el resultado es: 28.57
2	Se sumaron las "x" de cada una de las columnas " <i>PRODUCCIÓN ENTRANTE</i> ", " <i>PRODUCCIÓN SALIENTE</i> " y " <i>PRUEBAS</i> ".	<ul style="list-style-type: none"> • PE = 10. • PS = 15. • P = 11.
3	Se realiza sumatoria total de los valores del escenario #3.	36 .

La justificación de la cantidad de dependencias en las cuales no se había implementado el sistema, señala problemas de tiempo, atrasos por el COVID19, cambios de personal.

Con los datos aportados por la contraparte técnica no es posible determinar con certeza el porcentaje actual de avance en la implementación del sistema ORBE, situación que debilita el control interno.



4. Sobre la inversión del proyecto, la administración reportó las siguientes cifras:

Concepto	2024	2025
Licencias	\$ 49 729	\$ 55 860
Acompañamiento	\$ 6 500	\$ 5 655
Soporte de mantenimiento	\$7 671	\$8 698
Alojamiento	\$7 916	\$8 976

En cuanto al registro de los usuarios (archivo en formato xls), contiene 29 hojas con información acerca de las listas de capacitación impartidas a los usuarios, para la implementación del ORBE, periodo del 2020 al 2024 que presentó las siguientes inconsistencias:

1. Registros duplicados en múltiples ocasiones.
2. Los datos de las columnas no siempre obedecen a los campos establecidos en el encabezado, definido en cada hoja del archivo.
3. Existen registros tachados.
4. Registros en blanco.
5. Remarcados en color diferente, sin ningún indicador que permita conocer el motivo.
6. Registros con asteriscos (*) y guiones (-), igual sin saber a qué corresponden.

Dejando de lado los registros con inconsistencias, el archivo refleja **3922** registros, dato que no concuerda con la cantidad de funcionarios que tiene la institución **2331** (IRHI de marzo 2024), incluso si se considera la cantidad de dependencias que han sido capacitadas (21) y que la población que utiliza es sistema es el personal secretarial, oficinistas y jefaturas, se considera que esa cantidad es considerable.

La Administración señala que la duplicidad de datos se debía a capacitación inicial, actividades de reforzamiento o actualización, pero, del archivo no se desprende esa diferenciación, situación que dificulta la trazabilidad efectiva de los usuarios capacitados y puede generar interpretaciones erróneas respecto al cumplimiento del proceso de formación, debilitando el control interno.

Lo señalado líneas atrás, evidencia un debilitamiento en el sistema de control interno, en el manejo desorganizado de la documentación, visibilizando dificultades en la depuración, validación, integración y estandarización de los datos, lo cual afecta la confiabilidad de la información y dificulta la toma de decisiones y el seguimiento del proyecto.

Dada la debilidad de la información suministrada por la administración, para identificar el porcentaje de implementación del proyecto se debió aplicar una encuesta a los usuarios del sistema ORBE, en los tres niveles de gestión, con el propósito principal de obtener información sobre el proceso de implementación, el licenciamiento y la capacitación brindada (ver Anexo 1), la encuesta fue atendida por el 40% de la población total, que representan 198 funcionarios y presenta los siguientes resultados:

El 39% si tienen asignada una licencia, lo que evidencia una brecha significativa en la distribución o gestión de licencias dentro de la población.



El 83% de 198 señalan usar el sistema ORBE, a pesar de que solo el 39% tiene licencia, lo que sugiere que podría estar utilizando el sistema sin tener licencia asignada formalmente, también podría haber confusión respecto al significado de “tener licencia”, o que la licencia tenga más de un usuario, lo que podría debilitar el control sobre el uso del software.

Situación encontrada sobre el dueño del sistema:

Durante la revisión de la gestión del sistema de Gestión Documental, se evidenció que, si bien el sistema es administrado técnicamente por el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), la naturaleza está directamente relacionada con funciones administrativas, tales como la gestión de correspondencia, archivo, control documental y trazabilidad institucional. No obstante, no se ha formalizado la asignación de una unidad funcional responsable del sistema, lo que ha generado ambigüedad en la toma de decisiones operativas, definición de requerimientos funcionales y supervisión del aprovechamiento de la herramienta. Actualmente, las decisiones funcionales se canalizan por el área técnica, lo cual puede afectar la eficiencia, trazabilidad y sostenibilidad del sistema a largo plazo.

La definición clara de roles permitirá una gestión más ordenada, alineada con las necesidades institucionales, y facilitará la implementación de mejoras, el seguimiento funcional del sistema y la rendición de cuentas sobre su uso.

Análisis de licencias asignadas y no utilizadas:

Durante la investigación se identificó que existen usuarios a quienes se les ha asignado una licencia para el uso del sistema, sin embargo, no la están utilizando. Esto podría deberse a la forma particular en que estos usuarios gestionan el proceso de correspondencia, lo cual no requiere el uso directo del sistema. En otros casos, no fue posible determinar con claridad las razones por las cuales la licencia no está siendo utilizada.

Lo anterior, genera un uso ineficiente de los recursos institucionales, ya que se incurre en costos por licencias que no aportan valor operativo. Además, la falta de un análisis periódico del uso real de las licencias asignadas no permite identificar el uso óptimo y su distribución, lo que conlleva a un desperdicio de recursos y un desaprovechamiento de las herramientas tecnológicas.

Han transcurrido más de cuatro años desde el inicio del proyecto y más de un año y medio desde la solicitud formal del Despacho Ministerial para implementar el sistema en el Nivel Central, sin que se haya logrado la ejecución efectiva y aún falta su implementación en el Nivel Regional y Local. Asimismo, la prueba documental aportada durante la investigación no fue entregada en forma y a tiempo debido a una gestión operativa informal y carente de mecanismos adecuados de registro, control y respaldo de la información.



En las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 4.1 sobre actividades de control, se estableció que:

“El jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias deben diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del SCI, las actividades de control pertinentes, las que comprenden las políticas, los procedimientos y los mecanismos que contribuyen a asegurar razonablemente la operación y el fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales...”

Además, en el artículo 4.2 sobre requisitos de las actividades de control, en el inciso e., se estableció entre otros aspectos que, la documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso consulta y evaluación.

En las Normas Técnicas para la Gestión y el Control de las Tecnologías de Información del MICITT, en el apartado VI. sobre la calidad de los procesos tecnológicos establece entre otros aspectos que, la institución debe implementar prácticas que permitan controlar los procesos organizacionales, posibilitando la mejora continua de productos y servicios, generar servicios de TI de conformidad con los requerimientos de los usuarios, enfocando la eficiencia y mejoramiento continuo de los procesos.

El origen principal de esta situación se relaciona con la ausencia de un liderazgo técnico efectivo, sumada a los problemas en la planificación de las capacitaciones, desorganización en la gestión documental y debilidad en los mecanismos de control interno y supervisión, lo que ha afectado el cumplimiento y seguimiento adecuado de los procesos.

La estimación del proceso de implementación del proyecto presentada no se basa en indicadores objetivos ni en una metodología de seguimiento verificable, sino en una percepción subjetiva (mapa mental) de la contraparte técnica. Incluso el archivo de la documentación de respaldo del seguimiento del proyecto es de comprensión exclusivamente del conocimiento del funcionario que lo creó, situación que representa un riesgo institucional, ya que compromete la trazabilidad, transparencia y continuidad operativa en caso de ausencia, rotación o desvinculación del responsable.

A ello se suma la falta de supervisión efectiva por parte de la jefatura, en revisar y validar previamente lo que se aportaría como prueba, situación que refleja una debilidad en los mecanismos de control interno, relacionados con la calidad y pertinencia de la documentación que se remite como prueba para procesos de fiscalización.

Las debilidades provocan un atraso significativo en la implementación, lo cual puede agravarse por la falta de información confiable, que distorsiona la visión real del avance y dificulta la toma de decisiones informadas, la trazabilidad y la rendición de cuentas y podría ocultar desviaciones críticas respecto al cronograma, el alcance o los entregables, por ende, un debilitamiento del sistema de control interno.



2.2. Utilización de bitácora institucional

Como parte de la revisión de la documentación relacionada con el sistema ORBE se evidencia que el uso de la bitácora institucional, (herramienta formal establecida para el registro y seguimiento de actividades) no es una práctica que realizan en este proyecto, en su defecto, aportaron una serie de grabaciones (256 archivos) en formato mp4, las cuáles corresponde al periodo del 2020 al 2024. Los temas de las grabaciones están relacionados con: sesiones de trabajo con la empresa contratada, con usuarios y diversos temas relacionados con la puesta en marcha del proyecto.

El equipo de trabajo no está haciendo uso de la bitácora institucional, a pesar de ser una herramienta formal establecida para el registro y seguimiento cronológico sobre el avance de las actividades y en un proyecto de implementación de un sistema, se convierte en una herramienta fundamental.

La norma de control interno para el sector público (N-2-2009-CO-DFOE) en su capítulo IV sobre normas de control, estipula en el apartado 4.4 sobre exigencia de confiabilidad y oportunidad de la información, específicamente en el artículo 4.4.2 Formularios, dispone, para la emisión, la administración, el uso y la custodia, de formularios uniformes para la documentación, el procesamiento y el registro de las transacciones que se efectúen en la institución.

De tal forma que el Ministerio de Salud, a través del oficio DGS-2841-2018, estableció la obligatoriedad del uso de la bitácora institucional, señalando que el documento se encuentra en el Manual de Procedimientos y Protocolos Institucionales en la intranet (procesos de uso general), para que fuera de conocimiento y utilización de carácter obligatorio de todos los colaboradores del Ministerio de Salud.

La bitácora de reuniones constituye un documento para:

1. Un registro formal que proporciona información detallada de lo discutido y decidido durante la reunión, asegurando que no se pierdan acuerdos o acciones importantes.
2. Facilita el seguimiento de tareas y responsabilidades asignadas, ayudando a mantener a todos los miembros del equipo enfocados en sus obligaciones.
3. Permite la transparencia, en el sentido de que todos los participantes inclusive los ausentes, estén al tanto de los temas tratados y las decisiones tomadas.
4. Sirve como una referencia para futuras reuniones, permitiendo revisar cómo se han abordado problemas anteriores y qué resultados se han obtenido.
5. En algunos contextos, la bitácora puede tener importancia legal, especialmente si se trata de decisiones.

El hecho de no utilizar la bitácora institucional se debe a la falta de apropiación de la normativa interna y debilidades en la cultura organizacional, evidenciadas en la escasa documentación formal en el expediente del proyecto.



La ausencia de documentación formal como la bitácora impide la trazabilidad de reuniones y acuerdos, dificulta la fiscalización y puede generar un alto consumo de recursos, por la descarga y atención de los audios, además que no se cumple con la normativa interna.

2.3. Reportes de usuarios del sistema

Con el objetivo de verificar y determinar la cantidad de usuarios incluidos en el sistema, se solicitó a la Contraparte Técnica del proyecto los reportes de usuarios, tanto del ambiente de pruebas como producción. De la revisión de la información, se obtuvo lo siguiente:

- El encabezado es el mismo en los cuatro reportes, no se visualiza algún indicador que diferencie uno de otro.
- No se visualiza el estado del usuario (activos/inactivos).
- No se observa indicador de ambiente pruebas o producción.
- Los nombres de los archivos son diferentes, lo que supone serían documentos con diferente contenido, pero existen al menos dos con la misma información.
- En las columnas “Oficina” y “Total Usuarios”, los datos son iguales en dos reportes.
- La fecha que se observa en todos los reportes corresponde al día de generación (21 de junio 2024).
- No se visualiza la fecha de creación de los usuarios.
- Se observan en la columna “Oficina”, que existen dependencias que reportan cero (0) en el total de usuarios y no se sabe a qué obedece.
- En el campo “Totales” se reportó 317 usuarios y en el “Total General” 179, lo que refleja una diferencia de **138** usuarios y no se visualiza algún comentario o anotación sobre el particular.

Respecto a la diferencia observada, la Contraparte Técnica indicó que podría deberse a los roles asignados a cada usuario, ya que es posible asignar múltiples roles a un mismo usuario. Además, se explicó que existen usuarios que tienen una licencia asignada y están registrados en el sistema, pero no tienen ningún rol asociado. Estos usuarios corresponden al ambiente de pruebas y, por esta razón, en el reporte aparecen con un “0” (cero). En cuanto al total de usuarios activos e inactivos, así como a las aclaraciones mencionadas, la información no se presenta de forma clara en el reporte y solo puede verificarse directamente desde el sistema.

La Ley General de Control Interno N.º 8292, en el artículo 7 y 8 establecen que todo sistema de control interno debe asegurar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la responsabilidad del jerarca de garantizar que existan mecanismos adecuados de registro y control.

Asimismo, la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos N° 8454, en el artículo 6 dispone que, la información almacenada electrónicamente debe estar disponible, íntegra y estructurada de forma que permita su correcta interpretación y trazabilidad.



El diseño y la estructura de los reportes no contiene información útil para su análisis e interpretación, lo que crea una dependencia del único recurso técnico que atiende el sistema para la interpretación de los datos.

Los reportes de usuarios generados por el sistema tienen debilidades en el diseño estructurado y estandarizado lo que impide una interpretación clara de la información. Estas debilidades se acentúan por la dependencia de un único recurso técnico para la interpretación de los datos, lo que limita la confiabilidad y utilidad de los reportes para la toma de decisiones, control interno y procesos de fiscalización.

Resulta importante indicar la falta de claridad en la presentación de los reportes y que se requirió de un único recurso (dependencia) para la interpretación de estos, aspecto que afecta la autonomía operativa y representa un riesgo ante la ausencia del encargado del sistema, dificultando además los procesos de auditoría, análisis o toma de decisiones basada en los aspectos mencionados.

2.4. Gestión de incidentes por pérdida de correos electrónicos

Durante la revisión de los incidentes operativos relacionados con el sistema de gestión documental se identificó que, en varias ocasiones los correos no llegaron a su destino, los incidentes se originaron por un error en la ejecución del procedimiento por parte del usuario, a la hora de seleccionar la cuenta del receptor. Otros casos se debieron al tamaño de archivo adjunto que acompañaba el correo, el cual excedía el tamaño permitido, errores en la digitación de la cuenta y buzones llenos. Los casos de incidentes se presentan desde el año 2022.

A continuación, se presentan dos de los casos analizados:

Reporte de incidentes con el sistema

La Auditoría Interna reportó a la Unidad de Sistemas de Información el 16 de mayo 2024, situación presentada con el sistema de gestión documental, entre el 8 y 13 de mayo 2024, donde se enviaron tres oficios a destinatarios internos y estos no fueron recibidos. Asimismo, el 14 de mayo se remitió un informe y al confirmar el envío este no fue recibido por el receptor, situación que fue reportada a la contraparte del proyecto.

La Unidad de Sistemas de Información indicó que las inconsistencias se debieron, en un 80% a que los correos revisados no fueron enviados a los buzones de correspondencia. El 20% restante presentó errores debido al tamaño de los mensajes, los cuales excedían el límite permitido por los buzones para enviar y recibir correos.

Un caso similar se presentó con la Unidad Financiera, la cual reportó que un cliente manifestó no haber recibido un correo. Al respecto, la Unidad de Infraestructura informó que no fue posible realizar el análisis, ya que habían transcurrido más de 90 días desde el envío del mensaje. Debido a esta situación, no se logró determinar la causa del problema.



La Unidad Financiera mencionó otros incidentes similares y se indicó que optaron como medida, reenviar los documentos por correo electrónico institucional:

“... se hace necesaria una atención urgente de dicho sistema, ya que esta Unidad, al ser Financiera y tener contacto directo con instituciones externas, debe cumplir con plazos. El incumplimiento podría acarrear sanciones económicas para este Ministerio, debido a las inconsistencias del Sistema de Gestión Documental... De momento esta Unidad no utilizará dicho Sistema para el despacho de documentos, únicamente para la toma de consecutivos, ya que es la única funcionalidad que ha operado con normalidad...”

Con la decisión de la Unidad Financiera de dejar de utilizar el sistema para el envío de correspondencia, se materializó un riesgo operativo.

Del análisis sobre la revisión de incidentes, se encontró debilidades en la forma como los usuarios deben realizar los reenvíos de correos, teniendo que digitar la cuenta del receptor, que la aplicación no cuenta con notificaciones sobre el recibido y leído de los correos enviados, que al emplearse inadecuadamente el procedimiento por parte del usuario el riesgo se materializó, debido a que el sistema presentó problemas con excepciones no controladas. Asimismo, la Unidad Financiera manifestó que no usaría el sistema para el envío de correspondencia.

Además, en los reportes proporcionados por el personal secretarial de la Región Huetar Caribe, se identificaron diversos incidentes que afectan la eficacia del sistema:

1. Entrega de correspondencia: Trámites aparecen como enviados, pero no llegan al destinatario. La bitácora no permite verificar recepción.
2. Duplicación de esfuerzos: Se requiere validar manualmente la entrega de información.
3. Reenvío de documentación: Deben rehacer trámites si el documento no llega, usando herramientas adicionales (hojas de trámite).
4. Ventanilla Virtual: Las funcionalidades que se encuentran en la bandeja de la “Ventanilla Virtual” del rol “Receptor”, le permite al usuario visualizar, clasificar y cargar los correos que entran de la plataforma del correo institucional al ORBE; asimismo, le permite hacer consultas de todos los documentos entrantes, facilitando los procesos ante múltiples instituciones del Estado de manera electrónica, a través de una sola plataforma evitando la dispersión de información y la necesidad de visitar múltiples oficinas. En el uso del módulo se determinó lo siguiente:
 - Cuando se realiza la devolución de un correo (rechazo) por errores en la información remitida, el sistema no mantiene un registro del seguimiento, lo que genera pérdida de trazabilidad.
 - En algunos casos, las funcionarias optan por dejar el mensaje pendiente sin rechazarlo para contactar primero al remitente, de modo que este pueda corregir el error y reenviar la información. Esto se hace como medida para no perder el control del trámite.
 - Se duplican documentos al cargarlos desde el correo institucional.
 - Dificultad para adjuntar documentos complementarios.



5. Oficios sin visibilidad de copias: No se muestra a quién más se copió el documento, dificultando la trazabilidad.
6. Carga de documentos: Fallas al cargar documentos desde el correo institucional.
7. Trámite de recursos: El sistema no permite gestionar recursos de amparo o revocatoria a través del sistema, por el tamaño de los archivos.

Además, se consultó sobre la fecha desde la cual podrían haberse comenzado a presentar este tipo de incidentes, manifestando la contraparte del proyecto que tales errores no se presentaban anteriormente y que fue a partir de la actualización del sistema, realizada el 20 de abril de 2024, cuando se comenzó a validar ese tipo de casos.

No obstante, al analizar el reporte, se evidencian inconsistencias con lo señalado, como se muestra a continuación:

- 4 casos del año 2022.
- 21 del año 2023.
- 51 casos en el año 2024.

De esta forma, se tiene un total de 25 registros que presentan el error antes de la fecha de la actualización (20 de abril de 2024), lo cual contradice lo informado por la contraparte técnica.

Esta situación refleja un debilitamiento del control interno, evidenciado por fallas graves en los mecanismos de monitoreo, control de calidad y respuesta ante la gestión de incidentes. Todo ello genera riesgos tanto operativos como reputacionales, ya que se identificaron errores en el sistema que no fueron detectados previamente.

Del análisis realizado sobre la revisión de incidentes, se identificaron varias debilidades en el uso del sistema de envíos y reenvíos de correos. En primer lugar, los usuarios deben digitar manualmente la cuenta del destinatario, lo que puede generar errores. A raíz de los incidentes reportados, la empresa ha implementado algunas notificaciones para alertar a los usuarios, por ejemplo, sobre el tamaño de los documentos adjuntos. Sin embargo, estas medidas no han sido suficientes para evitar la duplicidad de esfuerzos: Cuando los archivos superan el tamaño permitido, el usuario debe guardarlos en una carpeta en OneDrive, compartir el enlace y notificar al remitente, lo que añade carga operativa.

También se generan duplicidades al tener que elaborar hojas de trámite adicionales por pérdida de correos o al enviar el mismo mensaje tanto por el sistema como por el correo institucional. Por otro lado, la aplicación aún no cuenta con confirmaciones de recepción o lectura, lo que dificulta el seguimiento. Esto se agrava cuando los usuarios no siguen correctamente el procedimiento, permitiendo la materialización de riesgos debido a excepciones no controladas en el sistema, producto de la falta de validaciones adecuadas en el código.



La Ley General de Control Interno N° 8292 establece los criterios mínimos que deben observar los entes y órganos sujetos a la fiscalización en el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación de sus sistemas de control interno:

Artículo 16: *Información y comunicación. Establece que los jefes y titulares subordinados deben contar con procesos que permitan identificar y registrar información confiable, relevante, pertinente y oportuna; además, que la información sea comunicada a la administración activa que la necesite, en la forma y dentro del plazo requeridos para el cumplimiento adecuado de sus responsabilidades, incluidas las de control interno.*

En las Normas de Control Interno para el Sector Público (N-2-2009-CO-DFOE) proporcionan directrices específicas para el establecimiento y funcionamiento de los sistemas de control interno en las entidades del sector público costarricense. En el capítulo V, artículo 5.4 establece que las instituciones deben contar con sistemas de información que permitan una gestión documental eficiente, controlando, almacenando y recuperando de modo adecuado la información producida o recibida en la organización.

Correlacionalmente, las Normas Técnicas para la Gestión y el Control de las Tecnologías de Información del MICITT, en el apartado VI. sobre la calidad de los procesos tecnológicos establece entre otros aspectos que, la institución debe implementar prácticas que permitan controlar los procesos organizacionales, posibilitando la mejora continua de productos y servicios, generar servicios de TI de conformidad con los requerimientos de los usuarios, enfocando la eficiencia y mejoramiento continuo de los procesos.

La pérdida de correos electrónicos se debió a diversos factores: algunos por exceder el tamaño permitido en los documentos adjuntos, error en la digitación de la cuenta de correo, otros por errores atribuibles al mal uso del sistema por parte de los usuarios, agravados por fallas técnicas en la aplicación, específicamente en la funcionalidad del campo “Para”, que impide su uso correcto.

La causa principal en el módulo “Ventanilla Virtual” radica en la falta de un diseño funcional adecuado en el sistema, para gestionar y dar seguimiento a los rechazos lo que se ve agravado por la ausencia de lineamientos técnicos, debilidades en la capacitación de los usuarios del sistema, además; la respuesta brindada por la contraparte del proyecto sobre de qué manera las secretarías podrían tener el control sobre los correos que se rechazan en ventanilla, fue ambigua y poco clara, evidenciando una falta de definición funcional y técnica sobre cómo debe gestionarse este tipo de situaciones dentro del sistema.

Estas condiciones generan interrupciones en la comunicación oficial, pérdida de información, reprocesos y aumentan el riesgo de errores operativos. La experiencia del usuario se ve afectada negativamente, reduciendo la eficiencia y confiabilidad del sistema; además, del riesgo de que la comunicación efectiva se está viendo afectada, al no llegar la información al destino y que para la Auditoría Interna en cuando al envío de documentación, por los plazos establecidos por ley, se ven afectados lo que podría provocar una prescripción, si estos no llegan en tiempo.



La ausencia de trazabilidad en los rechazos compromete el control interno de los trámites, generando omisiones, reprocesos, pérdida de información relevante y dificultades para asegurar la integridad y el seguimiento adecuado de los registros documentales.

2.5. Integración y control en el proceso de atención a incidentes

En términos generales, en el contexto de servicios de Tecnología de Información, una mesa de servicio (o mesa de ayuda) se encarga de recibir y gestionar solicitudes relacionadas con la tecnología, como problemas técnicos, solicitudes de soporte y mantenimiento de sistemas, es un punto de atención al cliente, que proporciona soporte y asistencia a los usuarios. Su objetivo es mejorar la satisfacción del usuario y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas y servicios. Su función principal es gestionar y resolver incidencias, problemas o consultas que puedan surgir, garantizando que los usuarios reciban la ayuda necesaria de manera eficiente y oportuna.

Durante la revisión del proceso de seguimiento de incidentes a través de la Mesa de Servicio de la empresa desarrolladora y el sistema OTOBO (MS), se identificaron debilidades en la trazabilidad, documentación y respuesta de la Administración ante solicitudes de la Auditoría Interna.

En el análisis realizado se identificó que, en el proceso de atención de incidentes, cuando un usuario reporta un caso en el sistema interno de la institución y este es escalado al proveedor mediante la plataforma mesa de servicio, no se establece una referencia cruzada entre los tiques generados en ambas plataformas. Además, no todos los casos se documentan con la resolución final, lo que impide contar con un registro completo del ciclo de vida del incidente.

Se observó que los sistemas utilizados (OTOBO, Mesa de Servicio) operan de forma independiente y no existe un mecanismo estandarizado para referenciar o vincular los tiques entre ellos, lo cual dificulta la trazabilidad y el seguimiento efectivo de casos específicos. La documentación aportada no permitió validar con claridad el seguimiento a un caso específico (tiquete #1030793), dado que no se proporcionó evidencia concluyente ni consistente.

Además, se presentaron problemas de usabilidad con la mesa de servicio, como cierres inesperados de sesión, situación que afecta la eficiencia en la consulta y no fue resuelta oportunamente por la Administración. Igualmente, se detectaron inconsistencias en la cantidad de tiques visualizados según el usuario, falta de comunicación sobre las resoluciones finales a los usuarios y presencia de documentación no pertinente o duplicada en los entregables compartidos, a pesar de las observaciones previas realizadas por la Auditoría Interna.

La Ley N.8292 de Control Interno establece los principios y normas para el control interno en las instituciones públicas de Costa Rica, aunque no se refiere específicamente a la gestión de incidentes de TI, en el artículo 14 y 15 se establece la necesidad de contar con sistemas de control que permitan la identificación, análisis y gestión de riesgos, lo cual es aplicable a la gestión de incidentes en sistemas de información.



En las Normas de Control Interno para el Sector Público, en el artículo 4.2 sobre requisitos de las actividades de control, en el inciso e., se estableció entre otros aspectos que, la documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso consulta y evaluación.

Además, la normativa de buenas prácticas en gestión de servicios de TI, como lo es la norma INTE/ISO/IEC 27035-1:2022, establece los principios para la gestión de incidentes de seguridad de la información, incluyendo la necesidad de documentar y gestionar adecuadamente los incidentes desde su detección hasta su resolución. La trazabilidad y la documentación adecuada son esenciales para garantizar una respuesta efectiva y para la mejora continua del proceso.

La administración carece de controles formales que garanticen el seguimiento completo y documentado de los incidentes entre las plataformas utilizadas para la atención de gestión de incidentes, lo que incluye la falta de referencias cruzadas y la resolución final, aspecto que refleja una debilidad en el control interno del proyecto y en la supervisión de la documentación técnica obligatoria.

La falta de trazabilidad impide verificación del cumplimiento de controles claves, lo que limita la fiscalización efectiva y la generación de resultados concluyentes del proceso revisado. Además, representa un riesgo para la continuidad operativa, la gestión de cambios, y la rendición de cuentas.

Es importante señalar que, cuando se requiera escalar o trasladar un caso a otro sistema, debe mantenerse una referencia cruzada entre ambos. La ausencia de un mecanismo que permita dicha vinculación provoca la pérdida de visibilidad y trazabilidad integral del caso, lo que genera duplicación de trabajo, pérdida de información, frustración en los usuarios y debilita tanto el control interno como los procesos de investigación.

2.6. Control de facturas de pago

El Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC) tramitó dos facturas por concepto de alojamiento que posteriormente fueron devueltas, dado que el proyecto aún no estaba en producción. Adicionalmente, se detectaron ocho facturas pagadas por la Unidad Financiera que no constaban en el registro de DTIC, situación que dificultó la trazabilidad y verificación de los pagos efectuados. Lo anterior demuestra un débil control interno respecto al registro y seguimiento de facturas asociadas a las contrataciones del sistema ORBE. En términos generales los resultados de la revisión de pagos determinaron lo siguiente:

- En la licitación 2019LA-000013-0013600001, el monto presenta una diferencia con respecto a lo adjudicado, pero el análisis reflejó que ésta corresponde al pago del IVA.
- En la licitación 2021CD-000001-0013600001, se ejecutó menos de lo adjudicado, al consultar a DTIC se indicó que, la diferencia obedece al pago del IVA más el incremento del dólar.



- En la revisión de las facturas se encontraron diferencias, tanto en los montos como en la cantidad de facturas registradas de ambas dependencias. Se solicitó a DTIC la evidencia documental de las cuatro facturas que ellos registraron en su control y que la Unidad Financiera no tenía, resultando que dos de ellas no se tramitó el pago ante la División Administrativa y en el documento de control, no se observó alguna referencia o anotación al respecto. Estas facturas no se encuentran pagadas ni están pendientes de cobro. Las otras dos facturas, fueron tramitadas el 29 de junio de 2024 hacia la División Administrativa, aproximadamente un mes antes del envío de la información de la Unidad Financiera a esta Auditoría.
- Se detectaron ocho facturas que fueron pagadas por la Unidad Financiera y DTIC no las tenía en su registro.

Según normativa vigente de control interno y buenas prácticas de gestión financiera en la administración pública, toda factura derivada de una contratación debe ser debidamente registrada, revisada y autorizada por la unidad responsable antes de su tramitación y pago. Esto asegura trazabilidad, transparencia y una adecuada rendición de cuentas en los recursos y el cumplimiento de los principios de control interno.

En la Ley General de Control Interno, en el artículo 8º se estableció:

- a) Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- b) Exigir confiabilidad y oportunidad de la información.*
- c) Garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones.*
- d) Cumplir con el ordenamiento jurídico y técnico.”*

Además, en las Normas de Control Interno, emitidas por la Contraloría General de la República, en el artículo 4.2 sobre requisitos de las actividades de control, en el inciso e., se estableció entre otros aspectos que, la documentación debe estar disponible, en forma ordenada conforme a criterios previamente establecidos, para su uso consulta y evaluación.

Se evidencia debilidad en el monitoreo y control por parte del personal responsable a cargo del registro y control de facturas, en el Departamento de Tecnología de Información y Comunicación.

Esta situación puede dar lugar a pérdidas de información, errores contables, duplicidad de pagos, incumplimientos normativos, lo cual afecta la transparencia y eficiencia en el manejo de los recursos públicos.



3. CONCLUSIONES

El sistema ORBE cumple con el objetivo de automatizar la gestión de correspondencia y archivística, así como con la trazabilidad establecida por normativa del Archivo Nacional Y el ciclo de vida de los documentos según tablas de plazos para los documentos. A continuación, se presentan las conclusiones de los resultados:

- 3.1 Con respecto a los porcentajes de avance en la implementación del proyecto se careció de sustento objetivo y verificable, situación que representa un riesgo para el proyecto, ya que puede inducir a una interpretación errónea del estado real del mismo, comprometiendo la toma de decisiones oportunas y efectivas; además, se evidencia una falla en la supervisión que debe ejercer la jefatura, permitir que se validen avances sin criterios técnicos definidos, debilita los controles internos y afecta directamente la calidad de la gestión del proyecto.

La validación de avances sin un sustento técnico verificable compromete la trazabilidad del proyecto y podría tener consecuencias en términos de cumplimiento, calidad y uso eficiente de los recursos; por lo que, fortalecer este rol de supervisión es clave para asegurar que, la ejecución del proyecto se mantenga dentro de los parámetros establecidos y se tomen decisiones informadas en cada etapa.

Cabe señalar que, el buen uso de los recursos públicos y la gestión efectiva de proyectos requieren que las inversiones institucionales se ejecuten con planificación, seguimiento y compromiso de las partes involucradas, conforme a principios de eficacia, eficiencia y economía.

- 3.2 Sobre la bitácora institucional, recalcar la obligatoriedad de la creación de las bitácoras de reuniones, conforme a la normativa vigente (DGS-2841-2018); dado que, una grabación de audio o video solo representa un apoyo de esta y no es un mecanismo ágil, para darle seguimiento al avance de las actividades y tomar las acciones que sean oportunas.
- 3.3 En la revisión de los reportes de usuarios generados por el sistema, se identificó que algunos de los campos o datos presentados carecen de información clara, por lo que su interpretación depende exclusivamente del conocimiento de la contraparte técnica del sistema, esta situación representa un riesgo de dependencia crítica del personal clave, lo cual puede afectar la continuidad operativa y la comprensión general de la información por parte de otros usuarios o auditores.
- 3.4 Los incidentes propician insatisfacción, desconfianza y frustración en el usuario sobre el uso del sistema, reduce la calidad de los datos ingresados y los reportes derivados a partir de la información gestionada.

Asimismo, la interfaz del sistema presenta íconos con signos de interrogación que no despliegan contenido alguno, lo que puede generar confusión en el usuario y se observó inconsistencia en la ayuda en línea del sistema, específicamente en las instrucciones asociadas al campo "Para", destinado a la selección del destinatario del



correo electrónico, el cual requiere pasos adicionales no documentados de forma clara. La desatención de estos aspectos tiene impacto directo en la experiencia del usuario y en la usabilidad general del sistema.

- 3.5 La ausencia de fuentes documentales por parte del Departamento de Tecnología de Información y Comunicación evidencia debilidades en la gestión operativa, en cuanto a la carencia de mecanismos adecuados para el registro, control y respaldo de la información; dado que, fue poco sustentada e informal. Esta situación debilita significativamente el control interno, al no contar con documentación técnica que sustente las actividades realizadas ni que permita su adecuada trazabilidad y seguimiento.
- 3.6 El Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC) no cuenta con un control adecuado de las facturas tramitadas en las contrataciones relacionadas con el sistema ORBE. Esta situación se evidenció en el análisis realizado, donde se identificó que el DTIC tramitó dos facturas por servicios de alojamiento que posteriormente fueron devueltas, ya que el proyecto aún no estaba en producción. Además, se detectaron ocho facturas que no fueron incluidas en su registro de control, a pesar de que ya habían sido tramitadas para pago por la Unidad Financiera. Esta debilidad en el control interno genera riesgos que afectan la fiabilidad de la información financiera y contable, la eficiencia operativa y el cumplimiento de la normativa aplicable.



4. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo estipulado en el inciso b) del artículo 22 de la Ley de Control Interno, en razón de las debilidades encontradas en el desarrollo del estudio expuestas en el presente informe y con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno, en las labores relacionadas con el Sistema de Gestión Documental ORBE, se considera oportuno enunciar las siguientes recomendaciones:

A la Ministra de Salud

- 4.1 Designar formalmente a la División Administrativa como la unidad funcional responsable o “dueña del sistema” de Gestión Documental ORBE, en virtud de su rol natural en la gestión de los procesos que el sistema respalda, e instruir la asignación de la responsabilidad funcional del sistema a un cargo específico dentro de dicha unidad, con el fin de garantizar la continuidad operativa y administrativa del sistema, independientemente de los cambios de personal. **Resultado 2.1**

El Despacho Ministerial debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 30 de setiembre del 2025, documento formal de asignación de responsabilidades funcionales al cargo correspondiente dentro de la estructura organizacional.

Al Director de Transformación y Salud Digital

- 4.2 Trasladar y ordenar la atención de las recomendaciones contenidas en el presente informe al director del Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, y brindar el debido seguimiento para su implementación. **Resultado todo el informe.**

La Dirección de Transformación y Salud Digital debe registrar en el sistema SAGAI al 30 de setiembre del 2025, el documento formal trasladando y ordenando la atención de las recomendaciones.

- 4.3 Ordenar al Director del Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación trasladar la documentación y brindar la capacitación correspondiente al cargo designado como responsable funcional del sistema ORBE, para que asuma sus funciones. Asimismo, informar al Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación que continuará cumpliendo su rol como contraparte técnica, encargado del soporte, mantenimiento, infraestructura y aspectos tecnológicos del sistema. **Resultado 2.1**

La Dirección de Transformación y Salud Digital debe registrar en el sistema SAGAI, a más tardar el 15 de diciembre de 2025, el documento formal de traslado de la documentación y el cronograma de capacitación dirigido al cargo asignado como responsable funcional.



Al Director del Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación

- 4.4 Establecer mecanismos de control para fortalecer la supervisión interna del proyecto y el seguimiento técnico, para la implementación definitiva del proyecto. **Resultado 2.1**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 15 de diciembre de 2025, documento que evidencie los mecanismos establecidos y su comunicación.

- 4.5 Estructurar la documentación del proyecto conforme a la normativa técnica vigente, asegurando el cumplimiento de criterios de calidad de la información, así como la implementación de mecanismos que garanticen su integridad, trazabilidad y resguardo a lo largo del ciclo de vida del proyecto. Esto con el fin de promover la eficiencia, el control, la transparencia y la sostenibilidad, mediante información y documentación confiables. **Resultado 2.1**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI el Plan de Gestión Documental del proyecto, en donde se incluya al menos la estructura del documento (Planificación, ejecución, monitoreo, cierres, bitácoras, versiones, otros), a más tardar el 15 de diciembre de 2025.

- 4.6 Elaborar un programa de capacitaciones, que incluya el tipo de capacitación inicial, de refuerzo y actualizaciones, para mejorar la trazabilidad del proceso formativo y así lograr el aprovechamiento de la herramienta. **Resultado 2.1**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 15 de diciembre de 2025, el Programa de Capacitación, incluyendo al menos temas que se abordará, fechas programadas, población objeto.

- 4.7 Establecer un registro de licencias, que incluya los usuarios, licencias asignadas, su estado (activo/inactivo u otro) y capacitaciones recibidas, con el fin de facilitar el seguimiento y control de las licencias, permitiendo el análisis y la generación indicadores para la toma de decisiones de los usuarios de la información. **Resultado 2.1**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI el registro maestro de las licencias, y capacitación de usuarios, que incluya al menos identificador único de usuario, estado de licencia (Activa, inactiva, reasignada, otro), fecha de asignación, participación en capacitaciones. fecha de la última actualización del registro, a más tardar el 15 de diciembre de 2025.



- 4.8 Realizar un análisis integral de la utilización efectiva de las licencias, con el fin de determinar los usuarios. A partir de los resultados, establecer mecanismos para optimizar el uso de licencias, y garantizar que estas se asignen únicamente a personal que realmente requiera el acceso para el cumplimiento de sus funciones operativas.

Resultado 2.1

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI, a más tardar el 16 de febrero del 2026, un informe de uso de licencias (por usuario, frecuencia, última conexión) y un documento con las opciones de mejora en la asignación y control de licencias.

- 4.9 Establecer el uso obligatorio de la bitácora institucional y supervisar que los colaboradores cumplan con este requerimiento. **Resultado 2.2**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI, a más tardar el 15 de diciembre de 2025, al menos un instructivo, política, circular o directriz oficial interna para el uso de la bitácora institucional, incluyendo el mecanismo de control de su uso.

- 4.10 Gestionar e implementar mejoras en el diseño y estructura de los reportes de usuarios del sistema ORBE, tanto en el ambiente de pruebas como en el de producción, con el objetivo de asegurar la confiabilidad, trazabilidad y utilidad de la información generada, a través de una revisión técnica que contemple, al menos, los aspectos indicados en el apartado 2.3 del informe. **Resultado 2.3**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI reporte de gestión de usuarios del sistema, con los datos antes mencionados y periodicidad de este (Fecha de emisión y frecuencia de actualización), a más tardar el 16 de febrero del 2026.

- 4.11 Gestionar los incidentes mediante la identificación de causa raíz, incorporando las funcionalidades orientadas a optimizar la experiencia del usuario, y reducir la duplicidad de actividades. **Resultado 2.4**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 16 de febrero del 2026, un informe de análisis de gestión de incidentes y un plan de mejora funcional.

- 4.12 Realizar un análisis técnico-funcional de los mecanismos automáticos de trazabilidad en el módulo “Ventanilla Virtual”, que permita a los usuarios visualizar los rechazos de los documentos y cualquier otra acción que se considere importante para brindarle al usuario seguridad y confiabilidad en la aplicación. Posterior a las mejoras del módulo, realizar las capacitaciones respectivas. **Resultado 2.4**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI, a más tardar el 16 de febrero del 2026, al menos, un Informe de



análisis técnico-funcional del módulo, con los hallazgos y brechas detectadas y mejoras propuestas.

- 4.13 Incorporar en el Protocolo de Atención de Incidentes y Desastres de Tecnología de Información y Comunicación, aspectos relacionados con el registro único del caso, número de referencia del incidente relacionado con ambas plataformas (sistema institucional y mesa de servicio) y la resolución final de cada tiquete. **Resultado 2.5**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 16 de febrero del 2026, el protocolo actualizado de gestión de incidentes.

- 4.14 Establecer los controles para el registro y seguimiento de las facturas, que permitan documentar adecuadamente el proceso contractual de los proyectos de TI. **Resultado 2.6**

El Departamento de Tecnología de Información y Comunicación debe registrar en el Sistema SAGAI a más tardar el 16 de febrero del 2026, el documento que contenga los controles establecidos para el registro y seguimiento de facturas.

AUDITORÍA INTERNA

Ing. Ruth Valverde Gamboa
Auditor Encargado

Licda. Olga Alvarado Mora
Jefe
Unidad de Auditoría de la Rectoría de la Salud

Licda. Miriam Calvo Reyes
Auditora Interna a.i.
Aprobado Por:



5. ANEXOS

ANEXO No. 1: Resumen sobre resultados de encuesta

La encuesta fue enviada a una población de 490 usuarios de nivel central, regional y local, estuvo habilitada del 12 al 22 de julio 2024. Se obtuvo un total de 198 respuestas, las cuales equivalen a un 40% de la población total.

- **Verificar la población que le fue asignada una licencia y cual utiliza el Sistema**

1. Asignación de licencias:

El 39% de los encuestados manifestó haber recibido una licencia para utilizar el sistema.

El 61% restante indicó no tener aún una licencia asignada.

2. Uso del sistema:

A pesar de que solo el 39% tiene licencia, un 83% del total de encuestados afirmó que utiliza el sistema.

3. Motivo por no contar con licencia:

- a. El 17% que indicó no utilizar el sistema.
- b. Solo el 60.6% de ellos respondió esta pregunta, lo que limita el análisis profundo de las causas.
- c. El 39.4% restante no proporcionó información útil (no respondió o indicó "no aplica").

4. Motivo de no utilizar el sistema:

El 6.6% (13 personas) respondieron por qué no usan el sistema. Esto deja un vacío para entender las verdaderas razones detrás del no uso.

El 93.4% no proporcionó respuesta, lo que puede interpretarse como falta de claridad en la pregunta, desinterés, o desconocimiento sobre el sistema.

- **Determinar la cantidad de capacitaciones que ha recibido el usuario**

A la consulta sobre cuántas veces han recibido capacitación, de un total de 198 encuestados, únicamente 64 personas brindaron respuesta, lo que representa aproximadamente el 32.3% de la muestra. En contraste, 134 personas (67.7%) no respondieron a esta pregunta. Este alto porcentaje de no respuesta limita la posibilidad de realizar un análisis más completo, sobre el alcance de las actividades de formación.



- **Verificar la población que se encuentra en el ambiente de producción y en pruebas**

1. Predominio de roles en ambiente de producción:

La mayoría de los encuestados indicaron desempeñar sus funciones en el ambiente de producción, lo que refleja que el sistema está siendo utilizado principalmente en su entorno operativo formal.

2. Bajo uso en ambiente de pruebas:

Los roles relacionados con el ambiente de pruebas tienen muy poca representación:

- El rol con más selecciones es Saliente-Pruebas, con solo 3 selecciones.
- El resto de los roles en pruebas apenas tiene entre 1 y 2 selecciones.

3. Diversidad de funciones ejecutadas:

Se observa una distribución amplia de funciones dentro del ambiente de producción, lo que sugiere que el sistema está siendo utilizado para cubrir distintas etapas del proceso (envío, recepción, ejecución, distribución, archivo). El rol Archivista-Producción, aunque es el menos frecuente (15 selecciones), sigue presente, lo que indica cierta atención al ciclo completo del documento o proceso.

- **Determinar si se han presentado incidentes**

A partir de los resultados obtenidos en la consulta sobre si los usuarios han presentado incidentes con el sistema, se observa una división equitativa: el 50% respondió afirmativamente y el 50% indicó que no. Este resultado sugiere que, aunque una parte significativa de los usuarios ha logrado interactuar con el sistema sin inconvenientes, la otra mitad ha experimentado algún tipo de incidente, lo cual podría estar afectando la eficiencia operativa o la percepción de confiabilidad del sistema.

- **Analizar el grado de seguridad y confianza que el usuario tiene, al hacer uso del Sistema**

Para dar respuesta a este objetivo, se consultó a los usuarios acerca de su experiencia general con el uso del sistema, así como su percepción sobre la seguridad y confianza que les genera. Si bien se recibieron varias respuestas positivas, también se identificaron comentarios con una valoración negativa, en cuanto a temor, inseguridad de usar el sistema por extravío de documentos, fallas, peso de archivos, entre otros.



Cabe señalar que, entre los aspectos que más inquietan a los usuarios se encuentra la necesidad de que el sistema se implemente en los tres niveles de gestión, su funcionalidad, la capacidad para el envío de documentos, y la duplicación de procesos, entre otros.