

INSTITUTO NACIONAL DE BOSQUES (INAB)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
Departamento de Gestión de la Calidad
Del 01 de Julio de 2024 al 30 de Junio de 2025
CAI 00021

GUATEMALA, 17 de Octubre de 2025

Guatemala, 17 de Octubre de 2025

Señor Gerente:
Bruno Enrique Arias Rivas
INSTITUTO NACIONAL DE BOSQUES (INAB)
Su despacho

Señor(a):

De acuerdo a nombramiento de auditoría interna No. NAI-021-2025, emitido con fecha 09-09-2025, hacemos de su conocimiento el informe de auditoría interna, actuamos de conformidad con la ordenanza de auditoría interna Gubernamental y Manual de Auditoría Interna

Sin otro particular, atentamente

F.

Selvin De Jesus Lemus Calderon
Auditor, Coordinador



F.

Irving Leonel Hernández Apén
Supervisor



Indice

1. INFORMACIÓN GENERAL	4
2. FUNDAMENTO LEGAL	4
3. IDENTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUDITORIA INTERNA OBSERVADAS	5
4. OBJETIVOS	6
4.1 GENERAL	6
4.2 ESPECÍFICOS	6
5. ALCANCE	6
5.1 LIMITACIONES AL ALCANCE	10
6. ESTRATEGIAS	10
7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	11
7.1 DEFICIENCIAS SIN ACCIÓN	11
8. CONCLUSIÓN ESPECÍFICA	15
9. EQUIPO DE AUDITORÍA	17
ANEXO	17

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 MISIÓN

Ejecutar y promover los instrumentos de política forestal nacional, facilitando el acceso a los servicios forestales que presta la institución a los actores del sector forestal, mediante el diseño e impulso de programas, estrategias y acciones, que generen un mayor desarrollo económico, ambiental y social del país.

1.2 VISIÓN

El Instituto Nacional de Bosques es una institución líder y modelo en la gestión de la política forestal nacional, reconocida nacional e internacionalmente por su contribución al desarrollo sostenible del sector forestal en Guatemala, propiciando mejora en la economía y en la calidad de vida de su población, y en la reducción de la vulnerabilidad al cambio climático.

2. FUNDAMENTO LEGAL

La Gerencia del Instituto Nacional de Bosques - INAB- aprobó el Plan Anual de Auditoría 2025, en Resolución de Gerencia No. 002-2025, de fecha 02 de enero de 2025, el cual tiene como objetivo fiscalizar el cumplimiento legal y normativo en el proceso de control y registro de las actividades técnicas, administrativas y financieras que se realizan en las diferentes Direcciones, Unidades, Departamentos y Secciones que conforman el INAB.

Para cumplir con el Plan Anual de Auditoría -PAA- 2025, la jefatura de la Unidad de Auditoría Interna, emitió el nombramiento de Auditoría Interna NAI-021-2025 con Código de Auditoría Interna CAI-0021-2025, para realizar Auditoría Operativa al Departamento de Gestión de Calidad.

Derivado de la naturaleza de la auditoría, se tomará como marco de referencia y criterio lo establecido en la normativa siguiente:

- Constitución Política de la República de Guatemala.
- Decreto Número 31-2002, Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas.

- Acuerdo Gubernativo Número 96-2019, Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas y sus reformas.
- Acuerdo A-070-2021, de la Contraloría General de Cuentas, Normas de Auditoría Interna Gubernamental - NAIGUB-, Manual de Auditoría Interna Gubernamental - MAIGUB-, Ordenanza de Auditoría Interna Gubernamental.
- Acuerdo Número A-039-2023 de la Contraloría General de Cuentas, Normas Generales y Técnicas de Control Interno Gubernamental.
- Resolución de Junta Directiva No. JD.05.14.2025, Manual de Perfiles y Descripción de Puestos.
- Resolución de Junta Directiva No. JD.06.46.2023, Reglamento Orgánico Interno.
- Manual de Normas, Procesos y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Bosques -INAB-.

Nombramiento(s)
No. 021-2025

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUDITORIA INTERNA OBSERVADAS

Para la realización de la auditoría se observaron las Normas de Auditoría Interna Gubernamental siguientes:

NAIGUB-1 Requerimientos generales;
NAIGUB-2 Requerimientos para el personal de auditoría interna;
NAIGUB-3 Evaluaciones a la actividad de auditoría interna;
NAIGUB-4 Plan Anual de Auditoría;
NAIGUB-5 Planificación de la auditoría;
NAIGUB-6 Realización de la auditoría;
NAIGUB-7 Comunicación de resultados;
NAIGUB-8 Seguimiento a recomendaciones.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Evaluar las funciones y actividades que realiza el Departamento de Gestión de Calidad, en el apoyo, monitoreo y evaluación de los procesos certificados según la norma de calidad ISO 9001-2015, con el fin de confirmar que se están desarrollando de acuerdo a los manuales correspondientes.

4.2 ESPECÍFICOS

- Verificar que, los controles implementados para el resguardo y archivo de los documentos generados sea adecuado.
- Revisar documentalmente las actividades y funciones realizadas por el Departamento de Gestión de Calidad, para comprobar que se cumple con la normativa correspondiente.
- Comprobar el cumplimiento del Manual de Normas, Procesos y Procedimientos establecido para el buen funcionamiento de los procesos certificados por la norma ISO 9001-2015.
- Evaluar el apoyo y seguimiento que brinda el Departamento de Gestión de Calidad a los procedimientos certificados con la norma ISO 9001-2015.

5. ALCANCE

La presente auditoría realizó revisión documental de las actividades del Departamento de Gestión de Calidad, para verificar su cumplimiento normativo, durante el periodo del 01 de enero al 31 de agosto de 2025.

La ejecución de la auditoría se desarrolló tomando en consideración lo establecido en el numeral 19 de la Norma de Auditoría Interna Gubernamental NAIGUB-2 la cual indica:

"Aunque el auditor esté atento a los riesgos materiales que puedan afectar los objetivos, las operaciones o los recursos, los procedimientos de auditoría por si solos, no garantizan que todos los riesgos materiales sean identificados".

Para cumplir con los objetivos específicos de la auditoría, se evaluaron los aspectos siguientes:

- Se corroboró que el Departamento de Gestión de Calidad, cumple con realiza las actividades descritas en los manuales y reglamentos relacionados con sus funciones, contando con la documentación de respaldo respectiva.
- Se comprobó que la jefa de Gestión de Calidad comunica a su personal de forma escrita, sobre las directrices o instrucciones acerca de las actividades que realizan, constatando que los canales de comunicación sean los adecuados.
- Se revisó la documentación que ampara las capacitaciones recibidas por el personal del Departamento de Gestión de Calidad, estableciendo que los temas, son acorde a las actividades que realizan.
- Se revisó el manual de normas, procesos y procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad, corroborando que se encuentra actualizado conforme a las actividades que realiza el departamento.
- Se verificó la realización de los informes cuatrimestrales sobre la satisfacción del usuario por el servicio prestado por la institución a través del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Se confirmó que se han realizado monitoreos y evaluaciones a la aplicación de los documentos y registros institucionales para el desempeño eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad; los cuales están debidamente documentados.
- Durante el periodo de enero a agosto de 2025, se han presentado dos informes de auditorías internas de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, verificando que se cumple con la presentación a las autoridades competentes.

- Se comprobó el cumplimiento de la generación del programa de Gestión de Riesgos dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la institución, el cual se encuentra aprobado e implementado desde junio de 2022.
- Se confirmó que los documentos obsoletos que derivan de la actualización de los formatos de los procesos de gestión, están resguardados y poseen el sello que los invalida.
- Se evaluó el informe de atención de quejas de los procesos misionales del SGC-INAB-; durante el período de enero a agosto de 2025, el Departamento de Gestión de Calidad, atendió una queja, la cual se dio seguimiento conforme el procedimiento establecido; sin embargo, el informe es inconsistente con los documentos que respaldan la atención realizada, adicionalmente, no se obtuvo evidencia de que fuera socializado a la Alta Dirección, Directores Subregionales o Líderes del Proceso.
- Se revisó el informe del primer semestre de 2025, de los resultados de desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, emitido por el Departamento de Gestión de Calidad, comprobando que se cumplió con la presentación.
- Se cumplió con la realización del análisis de contexto de los procesos del SGC-INAB por cada Dirección Subregional, tomando como base la matriz de gestión de riesgo de cada Dirección Subregional; los resultados de dicho análisis fueron presentados.
- Se comprobó el cumplimiento de la emisión de la programación y planificación anual de la auditoría, por parte del Departamento de Gestión de Calidad, el cual contempla la realización de dos auditorías en el año 2025.

Derivado de la revisión de las actividades y funciones efectuadas por el Departamento de Gestión de Calidad, se observaron las fortalezas, debilidades o aspectos de mejora, los cuales se describen a continuación:

Fortalezas:

- Existe un manual de normas, procesos y procedimientos actualizado al 2025, en su versión 2,

que describe las actividades que realiza el personal que integra el Departamento de Gestión de Calidad.

- El Departamento de Gestión de Calidad, para el desempeño de sus funciones, utiliza los canales de comunicación establecidos (oficios, correos electrónicos, hojas de ruta).
- Los documentos tanto físicos como digitales que se generan en el Departamento y que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad, se encuentran organizados y archivados adecuadamente, lo que permite tener acceso a los mismos de forma inmediata.

Las fortalezas descritas permiten que el personal del Departamento de Gestión de Calidad, cumplan de manera adecuada con las funciones y actividades institucionales establecidas en los reglamentos correspondientes.

Debilidades o aspectos a mejorar:

- Se debe mejorar la supervisión por parte del Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, sobre las actividades que desarrolla el Departamento de Gestión de Calidad, realizando reuniones, haciendo recordatorios o creando agendas para informar sobre los avances en las actividades del Departamento.
- Los informes presentados por el Departamento de Gestión de Calidad, deben de estar sustentados con toda la documentación que respalda el contenido de los mismos, para que dichos documentos sirvan de consulta y trazabilidad para confirmar la exactitud de la información.

Las debilidades o aspectos a mejorar, pueden ser subsanados atendiendo y cumpliendo con los controles establecidos en la normativa institucional y las Normas Generales y Técnicas de Control Interno Gubernamental.

Para el análisis documental de las actividades realizadas por el Departamento de Gestión de Calidad, se estableció el área siguiente:

No.	Área Asignada	Universo	Cálculo Matemático	Elementos	Muestreo no estadístico
1	Área general	0	NO		0
2	Departamento de Gestión de Calidad	1	NO		1

5.1 LIMITACIONES AL ALCANCE

Derivado a que el Departamento de Gestión de Calidad, posee los expedientes y documentos de soporte de las actividades que realiza, no hubo limitaciones al trabajo de auditoría en las fases de correspondientes.

6. ESTRATEGIAS

- En la ejecución de la auditoría se procuró el cuidado y esmero profesional del equipo asignado, que consistió en aplicar correctamente sus conocimientos, habilidades, destrezas y juicio profesional en todo el proceso de la auditoría, para garantizar la calidad de su trabajo.
- Para mantener el nivel de calidad deseado en el trabajo ejecutado por el equipo de auditoría interna, el coordinador y el jefe de Unidad, ejercieron una supervisión permanente sobre todo el proceso de auditoría, en los temas de competencia de cada uno.
- Se realizaron pruebas de cumplimiento normativo a los procedimientos realizados y pruebas sustantivas para verificar las actividades que desarrolla el departamento.
- Se respetaron los canales de comunicación, solicitando información al Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, para que fuera atendida por el personal responsable.
- Se revisó de forma aleatoria los expedientes que se encuentran bajo la administración del Departamento de Gestión de Calidad.

7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

De acuerdo al trabajo de auditoría realizado y cumplir con los procesos administrativos correspondientes, se presentan los riesgos materializados siguientes:

7.1 DEFICIENCIAS SIN ACCIÓN

1. Departamento de Gestión de Calidad

Riesgo materializado

INCONSISTENCIAS EN EL INFORME PARA LA ATENCIÓN A QUEJAS DE LOS PROCESOS MISIONALES DEL SGC-INAB ISO 9001:2015.

Acuerdo Número A-039-2023, de la Contraloría General de Cuentas, Normas Generales y Técnicas de Control Interno Gubernamental. 4.2 Documentos de Respaldo. Toda operación que realicen los Organismos del Estado y las personas sujetas a fiscalización y control gubernamental, deben contar con la documentación suficiente y adecuada que la respalde.

La documentación de respaldo promueve la transparencia, para demostrar que se han cumplido los requisitos legales, administrativos, de registro y control de los Organismos del Estado y las entidades; por tanto, contendrá la información adecuada, por cualquier medio que se produzca, con el objeto de identificar la naturaleza, finalidad, resultados de cada operación y facilitar el análisis de los mismos.

Resolución de Gerencia No.33-2025, Manual de Normas, Procesos y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Bosques - INAB-. Procedimiento para la atención a quejas de los procesos misionales del SGC- INAB ISO 9001:2015. Normas: f) Todas las quejas procedentes deben contener su plan de tratamiento de quejas. Paso 5. Director Regional: Traslada a Jefe de Gestión de la Calidad para su seguimiento. Paso 6. Da seguimiento oportuno para asegurar que se cierran las acciones correctivas derivadas de las quejas.

Se realizó evaluación documental de las actividades que se realizan en el Departamento de Gestión de Calidad, de acuerdo al Manual de Normas, Procesos y Procedimientos vigente.

Durante el proceso de revisión, se estableció la situación siguiente:

Se presentó una queja por parte del usuario Simeón Tox Chonay, la que fue colocada en la Dirección Subregional VII-3 Uspantán, quien indicó retrasos en la actualización de una plantación voluntaria, posteriormente el Departamento de Gestión de Calidad, realizó las acciones correspondientes, solicitando al Director Regional VII, trasladar y coordinar el llenado de la boleta (GC- RE-108, análisis y tratamiento). Se estableció que el Director

Regional no dio respuesta a dicho requerimiento, sin embargo el Departamento de Gestión de Calidad le indicó al usuario que presentó la queja, que se habían tomado las medidas necesarias para que la situación no volviera a suceder; por lo que, los procedimientos realizados no solventaron la queja descrita, no hubo evidencia de que el Director Subregional cumpliera con llenar la boleta y describir el tratamiento a realizar; el proceso fue deficiente y no cumplió con la finalidad para lo que fue creado.

Adicionalmente, en el informe de quejas realizado por el Departamento de Gestión de Calidad, describe que el Director Regional procedió a llenar la boleta de quejas y dio el tratamiento respectivo, lo que contradice el correo electrónico en el cual se hace el recordatorio al director, de que no ha realizado dicha acción, no se localizó la boleta en mención.

Deficiente control por parte de la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García y falta de supervisión por parte del Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, Nery David Sandoval Díaz, al no contar con la documentación pertinente y adecuada que respalda las acciones descritas en el informe de atención de quejas; lo que provoca incertidumbre sobre la fiabilidad del contenido de dicho informe.

Comentario de la Auditoría

Se analizaron los comentarios y documentos presentados por cada uno de los responsables a través de los oficios respectivos; estableciendo que, la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, presentó la boleta identificada con la nomenclatura GC-RE-108. Sin embargo, al realizar la revisión de los documentos presentados se constató lo siguiente: el 17 de febrero de 2025, el señor Simeón Tox Chonay presentó queja sobre el tiempo del trámite para actualización plantaciones voluntarias en el Registro Nacional Forestal; el 25 de febrero de 2025, el Departamento de Gestión de Calidad, envía mediante correo electrónico, la queja al Director Regional VII Nororiente, debido a que la queja fue realizada en la Dirección Subregional VII-3 Uspantán y solicita llenar la boleta; el 6 de marzo de 2025, el Departamento de Gestión de Calidad nuevamente envía correo electrónico de recordatorio al Director Regional VII Nororiente, para que proceda a llenar la boleta, de quien no tuvo respuesta; sin embargo, para desvanecer la deficiencia, la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad presenta como prueba de descargo una boleta formato GC-RE-108, con fecha 17 de febrero de 2025.

Lo anterior evidencia que la boleta del plan de tratamiento de quejas GC-RE-108, tiene fecha anterior a las fechas en que fue trasladada la gestión al Director Regional VII Nororiente, por lo que es inconsistente con la cronología de la atención a la queja planteada por el señor Simeón Tox Chonay; por lo que se confirma la deficiencia.

Comentario de los Responsables

Mediante el oficio No. DPESI.114.2025, del 08 de octubre de 2025, el Director de

Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, Nery David Sandoval Diaz, indica que, mediante el oficio No. DPESI.113.2025, dirigido a la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, en el cual se le instruye que, debe localizar la boleta que no fue localizada en el informe para atención de quejas, identificada con la nomenclatura GC-RE-108 y debe presentarla a la auditoría interna.

A través del oficio No. GC-54-2025, del 13 de octubre de 2025, la Jefa de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, indica que, adjunta la documentación de soporte para desvanecer las posibles deficiencias.

Responsables del área

NERY DAVID SANDOVAL DIAZ
ANA PAULA ESPINOZA GARCIA

Recomendaciones

No.	Descripción	Fecha creación
1	Que el Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, gire instrucciones por escrito a la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, para que las quejas por parte de usuarios del sistema de gestión de calidad, se atiendan dentro del marco establecido en el Manual de Normas, Proceso y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad y que los documentos de respaldo sean adecuados, coherentes y pertinentes en cada actividad.	15/10/2025

2. Departamento de Gestión de Calidad

Riesgo materializado

DOCUMENTOS NO LOCALIZADOS QUE RESPALDA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Acuerdo Número A-039-2023, de la Contraloría General de Cuentas, Normas Generales y Técnicas de Control Interno Gubernamental. 4.2 Documentos de Respaldo. Toda operación que realicen los Organismos del Estado y las personas sujetas a fiscalización y control gubernamental, deben contar con la documentación suficiente y adecuada que la respalde. La documentación de respaldo promueve la transparencia, para demostrar que se han cumplido los requisitos legales, administrativos, de registro y control de los Organismos del Estado y las entidades; por tanto, contendrá la información adecuada, por cualquier medio que se produzca, con el objeto de identificar la naturaleza, finalidad, resultados de cada operación y facilitar el análisis de los mismos.

Resolución de Gerencia No.33-2025, Manual de Normas, Procesos y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Bosques - INAB-. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción del cliente/ usuario de los procesos misionales del SGC-INAB ISO 9001:2015. Paso 3. Jefe de Gestión de la Calidad: Revisa y firma el informe; traslada al Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional

para su firma de Visto Bueno. Paso 4. Jefe de Gestión de la Calidad: Traslada informe a la Alta Dirección, Líderes de Proceso y Directores(as) Regionales y Subregionales para su conocimiento, acompañado si fuera el caso, de la(s) solicitud(es) de acción correctivas definidas como necesarias. Paso 5. Líder del Proceso/ Director(a) Subregional: Si tiene acciones correctivas, elabora la propuesta y traslada al Jefe(a) de Gestión de la Calidad, quien coordinará el seguimiento correspondiente.

Procedimiento para el seguimiento, medición y mejora del SGC- INAB ISO 9001:2015. Documentos relacionados: Boletas de quejas de los procesos misionales; boletas de evaluación de la satisfacción del cliente-usuario; reportería web de indicadores; matrices de riesgos y oportunidades (CG-RE-302); matrices de indicadores del SGC-INAB (CG-RE-107).

Procedimiento para la gestión de riesgos del SGC-INAB ISO 9001:2015. Paso 5. Jefe(a) de Gestión de la Calidad: Brinda el seguimiento oportuno a los riesgos del SGC-INAB a través de las matrices de riesgo y elabora el informe de seguimiento. Traslada al Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional para su Visto Bueno.

Procedimiento para la programación y ejecución de auditorías internas al SGC- INAB ISO-9001:2015. Paso 3. Jefe(a) de Gestión de la Calidad: Notificación previa de la auditoria, Notifica por medio de oficio a las partes involucradas en el proceso de auditoria (auditados, auditores) compartiendo con anticipación el plan de auditoría y la información necesaria para cumplir con los objetivos establecidos. Paso 8. Jefe de Gestión de la Calidad: Elaboración de planes de acción; elabora plan de acción en respuesta a los hallazgos de auditoría interna. Paso 9. Jefe(a) de Gestión de la Calidad: Seguimiento a acciones correctivas; realiza el seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y/ o de mejora...verificando la eficacia de las acciones tomadas.

Continúa en documento adjunto.

Comentario de la Auditoría

Se analizaron los comentarios y documentos presentados por cada uno de los responsables a través de los oficios respectivos; estableciendo que, la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, presentó parcialmente los documentos no localizados durante la auditoría realizada; entre los documentos no incluidos en cada informe, están los siguientes:

Informe cuatrimestral del nivel de satisfacción del usuario por el servicio adquirido ante la institución de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad:

No presentó evidencia de la socialización con la Alta Dirección.

No presentó las propuestas a las recomendaciones descritas en los informes de los primeros dos cuatrimestres.

Informe semestral de los resultados de desempeño del Sistema de Gestión de calidad:

No presentó evidencia de la socialización con la Alta Dirección.

No proporcionó las boletas de quejas recibidas.

No proporcionó las matrices de riesgos de las Direcciones Subregionales o líderes del proceso

Programación y planificación anual de auditoría:

No presentó los planes de acción a las no conformidades del informe 2 de auditoría.

Derivado a la importancia que conlleva que se cumpla y respalden los procedimientos en el sistema de gestión de calidad, la documentación presentada no es suficiente para desvanecer la deficiencia, por lo que se confirma.

Comentario de los Responsables

Mediante el oficio No. DPESI.114.2025, del 08 de octubre de 2025, el Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, Nery David Sandoval Diaz, indica que, mediante el oficio No. DPESI.113.2025, dirigido a la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, en el cual se instruye que debe identificar los documentos no localizados y ponerlos a disposición de la Auditoria Interna para su valoración, tambien le ordenó que debe velar porque los documentos estén ordenados y disponibles para su facil localización.

A través del oficio No. GC-54-2025, del 13 de octubre de 2025, la Jefa de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García, indica que, adjunta la documentación de soporte para desvanecer las posibles deficiencias.

Responsables del área

ANA PAULA ESPINOZA GARCIA
NERY DAVID SANDOVAL DIAZ

Recomendaciones

No.	Descripción	Fecha creación
1	Que el Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, gire instrucciones por escrito a la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, para que las actividades descritas en el Manual de Normas, Procesos y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad, se documenten y respalden adecuadamente.	15/10/2025

8. CONCLUSIÓN ESPECÍFICA

Durante la revisión documental, realizada a los procesos y procedimientos del

Departamento de Gestión de Calidad, establecidos para la realización de sus funciones, en el período comprendido del 01 de enero al 31 de agosto de 2025; la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad y el personal del departamento, mostraron la colaboración y apoyo para que el trabajo de auditoría se realizara adecuadamente, poniendo a disposición la documentación (digital y física), para que esta auditoría concluyera de forma satisfactoria.

En la ejecución de la auditoría Operativa a las actividades que realiza el Departamento de Gestión de Calidad, se identificaron dos posibles deficiencias de control interno, las cuales fueron notificadas de la forma siguiente: Oficio de Notificación al Departamento de Gestión de Calidad; No. UDAI-001-2025, Nery David Sandoval Diaz, Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional; Oficio de Notificación No. UDAI-002-2025, Ana Paula Espinoza García, Jefa del Departamento de Gestión de Calidad; quienes a través de oficios presentaron sus comentarios y documentación de respaldo, para desvanecer las posibles deficiencias notificadas.

La comisión designada para esta auditoría, analizó los comentarios, argumentos y documentos presentados como pruebas de descargo por las personas responsables del áreas evaluada; determinando que, se confirman las dos deficiencias notificadas; por lo que se elaboraron los consensos de recomendación respectivos.

Se constató que, en el Departamento de Gestión de Calidad, el control interno está presente a través de leyes, reglamentos y manuales de normas, procesos y procedimientos, emitidos por la máxima autoridad, así como otras directrices; las que son trasladadas al equipo de trabajo por medio de los canales de comunicación existentes e incorporado a las actividades administrativas que se ejecutan, lo cual permite alcanzar los objetivos y prevenir cualquier tipo de incumplimiento.

Sin embargo, se estableció que en algunos casos, la falta coordinación, supervisión y seguimiento de las actividades que realiza el personal del Departamento de Gestión de Calidad y el acompañamiento a las Direcciones Regionales, Direcciones Subregionales y los Líderes del proceso, es débil; por lo que, el riesgo de que las actividades efectuadas por el Departamento de Gestión de Calidad, no se cumplan de acuerdo a la normativa respectiva, se considera **medio**, tomando en cuenta que las deficiencias detectadas se pueden mitigar implementando el control interno respectivo; de igual forma es preciso mencionar que aunque el auditor esté atento a los riesgos materiales que puedan afectar los objetivos, las operaciones y recursos; los procedimientos de auditoría por si solos, no garantizan que todos los riesgos materiales sean identificados.

Seguimiento a deficiencias confirmadas.

En cumplimiento a lo establecido en la Ordenanza de Auditoría Interna Gubernamental, numeral 20, párrafo 3. "La Auditoría debe otorgar un plazo de 10 días hábiles a la máxima autoridad para que se pronuncie sobre las recomendaciones contenidas en el informe de auditoría".

Se dará seguimiento a las cuatro recomendaciones emitidas por las deficiencias confirmadas en el plazo indicado.

9. EQUIPO DE AUDITORÍA

F.

Selvin De Jesus Lemus Calderon
Auditor, Coordinador



F.

Irving Leonel Hernández Apén
Supervisor



ANEXO

No se incluyen anexos en el presente informe.



Instituto Nacional de Bosques
Más bosques. Más vida



DOCUMENTOS NO LOCALIZADOS QUE RESPALDA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Acuerdo Número A-039-2023, de la Contraloría General de Cuentas, Normas Generales y Técnicas de Control Interno Gubernamental. 4.2 Documentos de Respaldo. Toda operación que realicen los Organismos del Estado y las personas sujetas a fiscalización y control gubernamental, deben contar con la documentación suficiente y adecuada que la respalde.

La documentación de respaldo promueve la transparencia, para demostrar que se han cumplido los requisitos legales, administrativos, de registro y control de los Organismos del Estado y las entidades; por tanto, contendrá la información adecuada, por cualquier medio que se produzca, con el objeto de identificar la naturaleza, finalidad, resultados de cada operación y facilitar el análisis de los mismos.

Resolución de Gerencia No.33-2025, Manual de Normas, Procesos y Procedimientos del Departamento de Gestión de Calidad del Instituto Nacional de Bosques -INAB-. Procedimiento para la evaluación de la satisfacción del cliente/usuario de los procesos misionales del SGC-INAB ISO 9001:2015. Paso 3. Jefe de Gestión de la Calidad: Revisa y firma el informe; traslada al Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional para su firma de Visto Bueno. **Paso 4.** Jefe de Gestión de la Calidad: Traslada informe a la Alta Dirección, Líderes de Proceso y Directores(as) Regionales y Subregionales para su conocimiento, acompañado si fuera el caso, de la(s) solicitud(es) de acción correctivas definidas como necesarias. **Paso 5.** Líder del Proceso/Director(a) Subregional: Si tiene acciones correctivas, elabora la propuesta y traslada al Jefe(a) de Gestión de la Calidad, quien coordinará el seguimiento correspondiente.

Procedimiento para el seguimiento, medición y mejora del SGC-INAB ISO 9001:2015. Documentos relacionados: Boletas de quejas de los procesos misionales; boletas de evaluación de la satisfacción del cliente-usuario; reportería web de indicadores; matrices de riesgos y oportunidades (CG-RE-302); matrices de indicadores del SGC-INAB (CG-RE-107).

Procedimiento para la gestión de riesgos del SGC-INAB ISO 9001:2015. Paso 5. Jefe(a) de Gestión de la Calidad: Brinda el seguimiento oportuno a los riesgos del SGC-INAB a través de las matrices de riesgo y elabora el informe de seguimiento. Traslada al Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional para su Visto Bueno.

Procedimiento para la programación y ejecución de auditorías internas al SGC-INAB ISO-9001:2015. Paso 3. Jefe(a) de Gestión de la Calidad: Notificación



Instituto Nacional de Bosques
Más bosques. Más vida



previa de la auditoria, Notifica por medio de oficio a las partes involucradas en el proceso de auditoria (auditados, auditores) compartiendo con anticipación el plan de auditoría y la información necesaria para cumplir con los objetivos establecidos.

Paso 8. Jefe de Gestión de la Calidad: Elaboración de planes de acción; elabora plan de acción en respuesta a los hallazgos de auditoría interna. **Paso 9. Jefe(a) de Gestión de la Calidad:** Seguimiento a acciones correctivas; realiza el seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora...verificando la eficacia de las acciones tomadas.

Se realizó evaluación documental de las actividades que se realizan en el Departamento de Gestión de Calidad, de acuerdo al Manual de Normas, Procesos y Procedimientos vigente.

Durante la revisión de los documentos presentados que respaldan los procesos realizados por el Departamento de Gestión de Calidad, no se localizaron documentos tales como: Informe cuatrimestral del nivel de satisfacción del usuario, de los meses de mayo a agosto de 2025; boleta de quejas de usuario; oficios de entrega de informes a la alta dirección; boletas de quejas de procesos misionales; matrices de riesgos y oportunidades; planes de acción realizados por los responsables sobre los hallazgos de auditorías practicadas por el Departamento de Gestión de Calidad; asimismo se localizaron documentos sin firmas ni sellos de los responsables, documentos con discrepancia en la información y redacción deficiente en su contenido. Los casos se describen en el anexo 1.

Incumplimiento normativo por parte de la Jefa del Departamento de Gestión de Calidad, Ana Paula Espinoza García y falta de supervisión por parte del Director de Planificación, Evaluación y Seguimiento Institucional, Nery David Sandoval Díaz, al no contar con información suficiente y oportuna que respalda las actividades realizadas por el departamento; lo que provoca que, no se cuente con documentación suficiente sobre la eficiencia y eficacia de los procesos certificados para la toma de decisiones.

Lic. Selvin de Jesus Lemus Calderon
Auditor
Unidad de Auditoría Interna
INAB





Instituto Nacional de Bosques
Más bosques. Más vida



Guatemala, 28 de octubre de 2025

Oficio No. AI-349-2025

Tipo: Informativo

Licenciada:

Zadia Ofelia Castillo Ruiz

Encargada de Información Pública y Administrativa

Dirección de Asuntos Jurídicos

INAB

Estimada Licenciada Castillo:

Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en las actividades que realiza.

El motivo del presente es como cada mes, dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 23, del artículo 10, del Decreto Número 57-2008, Ley de Acceso a la Información Pública. Se adjunta un informe de Auditoría emitido conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado para el presente año, siendo el siguiente:

CAI	AUDITORÍA
00021	Auditoría operativa al Departamento de Gestión de Calidad

Para que sea publicado en la página web del INAB.

Con muestras de la más alta consideración y estima, me suscribo de usted.
Atentamente,

Lic. Jorge Luis Mayén Morales
Jefe de Unidad de Auditoría Interna
Unidad de Auditoría Interna
INAB



Archivo