MIGUEL ROMERO
SECRETARIO

1 de noviembre de 2011

Sra. Lourdes Díaz Valcárcel
Directora
División de Auditorias de
Tecnología de Información
Oficina del Contralor de Puerto Rico
105 Ave. Ponce de León
San Juan, Puerto Rico 00917

INFORME COMPLEMENTARIO AL PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA (ICP-3), INFORME DE AUDITORÍA TI-10-02

Estimada señora Díaz Valcárcel:

Incluímos el **Informe Complementario al Plan de Acción Correctiva (ICP-3) correspondiente al Informe de Auditoría TI-10-02 del 17 de junio de 2009**, sobre las operaciones de la Oficina de Cómputos y sistemas de Información del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

Para información adicional, puede comunicarse con la Sra. Alba I. Maldonado Colón, Directora Ejecutiva de la Oficina de Auditoría Interna y Fiscalización, a los teléfonos 787-754-5397 ó 787-754-5398.

Nos reiteramos en nuestro compromiso de colaborar en los procesos que realiza su Oficina para mejorar la fiscalización y administración de la propiedad y de los fondos públicos.

Cordialmente,

Miguel Romero

Anejos

c Hon. Carlos J. Torres Torres
Presidente
Comisión Conjunta sobre
Informes Especiales del Contralor

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS
Avenida Muñoz Rivera #505, Piso 21, Edificio Prudencio Rivera Martínez, Hato Rey, Puerto Rico 00918
PO Box 195540, San Juan, Puerto Rico 00919-5540 | T 787.754.2119 & 787.754.2120 F 787.753.9550

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL CONTRALOR
San Juan, Puerto Rico

PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

Informe de Auditoría o especial: **TI-10-02** Número de unidad: **5310** Entidad auditada: **Departamento del Trabajo y Recursos Humanos Oficina de Cómputos y Sistemas de Información**

Fecha del informe: **17 de julio de 2009** Período auditado: **11 de agosto de 2006** al **10 de octubre de 2007**

Indique: ☐ **PAC** ☒ **ICP - 3** _____

Funcionario enlace: **Alba I. Maldonado Colón** **Puesto:** **Directora Ejecutiva Oficina de Auditoría Interna y Fiscalización** **Teléfono:** **787-754-5398**

Funcionario principal o su representante autorizado: **Hon. Miguel Romero** **Puesto:** **Secretario** **Teléfono:** **787-754-2119**

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA Y COMPLETA _____ Fecha: 1/nov-/11
Firma del funcionario principal o su representante autorizado

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	RESULTADO
1.f. Medidas tomadas para ver que el Secretario Auxiliar de Planificación, Investigación y Desarrollo ejerza una supervisión eficaz sobre el Oficial Principal de Informática para asegurarse de que prepare, en coordinación con el Secretario Auxiliar de Beneficios al Trabajador, los procedimientos necesarios para reglamentar las operaciones que se comentan en el **Hallazgo 5** y remita los mismos para aprobación.	Comenzaremos la coordinación para preparar y presentar los procedimientos necesarios de SABEN que incluya el actual procedimiento de manejo de cheques, transacciones de Depósito Directo y de manera prospectiva del pago de beneficios mediante tarjeta de debito.	**Parcialmente Cumplimentada**

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL CONTRALOR
San Juan, Puerto Rico

PLAN DE ACCIÓN CORRECTIVA

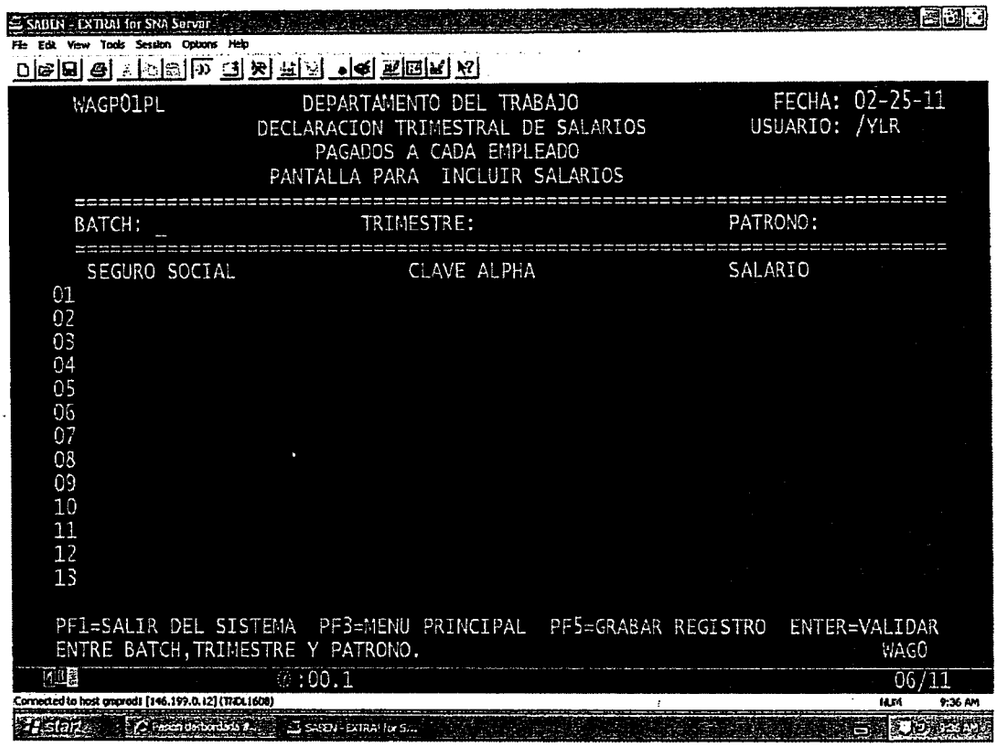
Informe de Auditoría o especial: **TI-10-02** Número de unidad: **5310** Entidad auditada: **Departamento del Trabajo y Recursos Humanos Oficina de Cómputos y Sistemas de Información**

Fecha del informe: **17 de julio de 2009** Período auditado: **11 de agosto de 2006** al **10 de octubre de 2007**

RECOMENDACIÓN	ACCIÓN CORRECTIVA	RESULTADO
2. a. Evidencia de las medidas tomadas para que se revise y atempere el documento *Declaración Trimestral de Salarios Pagados a cada Empleado*, para que tenga sólo 24 líneas de información y que las líneas sean numeradas como un control de entrada de datos.	En el ICP-2 sometimos evidencia de las modificaciones a la pantalla del documento Declaración Trimestral de Salarios, la misma provee 24 espacios para cumplimentar la información requerida, y las líneas están numeradas. En adicción se le añadió el segundo apellido para cumplir con una petición del *National Directory New Hire.* Si la información contiene 25 empleados, se trabajan con un *floppy disk.* **(Anejo A: Pantalla Declaración Trimestral de Salarios).**	**Cumplimentada**
3. Evidencia de las gestiones realizadas para asegurarse que la Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos mantenga una segregación y supervisión adecuada de las funciones conflictivas realizadas por el Funcionario Administrativo II del Negociado de Seguridad de Empleo.	Realizamos la revisión de las funciones realizadas por el Funcionario Administrativo II del Negociado de Seguridad de Empleo (NSE), sometemos la DTRH-16, Descripción de Puesto, revisada al 6 de septiembre de 2011, la misma contiene las funciones que realiza el empleado. **(Anejo B: Descripción de Puesto, Funcionario Administrativo II del NSE)**	**Cumplimentada**

ANEJO A

TI-10-02
2a



Ruego de completar el # 13, se le da F2
y aparece pantalla del 14 al 24.

Cuando son 25 empleados o más se trabaja
a través de floopy

ANEJO B

DTRH/16
Rev. 8/98

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y
RECURSOS HUMANOS
Secretaría Auxiliar de Administración de Personal

DESCRIPCION DE PUESTO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

1. Sec. Aux., Negdo., Programa u Oficina NEGOCIADO SEGURIDAD DE EMPLEO PROGRAMA DE SEGURO POR DESEMPLEO	4. Apellido Paterno, Materno, Nombre LÓPEZ VÉLEZ, RAFAEL
2. División o Sección SECCIÓN DE BENEFICIOS – UNIDAD DE PAGOS	5. Núm. de Seguro Social 581-53-7752 / 5a. Núm. del Puesto 013-111
3. Dirección Lugar de Trabajo 505 AVE MUÑOZ RIVERA HATO REY, PR 00918	6. Título de Clasificación del Puesto FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO II
3a. Teléfono y Extensión (787) 754-5353 EXT 2739	7. Título Funcional del Puesto FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO II

8. Primero lea las instrucciones de la Parte I del Formulario DTRH-16A "Información Complementaria a la Descripción del Puesto". Detalle el trabajo que usted realiza en orden de importancia; primero indique las funciones esenciales y luego las funciones marginales. Si este espacio no es suficiente, adhiera hojas adicionales.

TIEMPO	TAREAS DEL PUESTO	NO LLENE ESTE ESPACIO
	FUNCIONES ESENCIALES	
	1-RECIBIR TODA LA PRODUCCION DIARIA DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS POR EL SISTEMA DE BENEFICIOS Y CONTRIBUCIONES QUE PREPARA EL CENTRO DE COMPUTOS.	
	2-RECIBIR LOS CHEQUES DE SEGURO POR DESEMPLEO.	
	3-OPERAR LA MAQUINA DE FIRMAR Y ENSOBRAR LOS CHEQUES DE SEGURO POR DESEMPLEO.	
	4-COORDINAR LA ENTREGA DE CHEQUES AL PERSONAL DE CORREO INTERNO PARA QUE SEAN TRASLADADOS AL CORREO GENERAL.	
	5-MANTENER CONTROL DE LAS CAJAS DE CHEQUES EN BLANCO QUE SE RECIBEN DEL BANCO.	
	6-COTEJAR QUE EL CONTEO DE LOS CHEQUES PROCESADOS POR LA MAQUINA SEA IGUAL A LA CANTIDAD DE CHEQUES EMITIDOS PARA ASEGURAR QUE NO HA HABIDO PROBLEMAS AL ENSOBRAR LOS CHEQUES.	
	7-MANTENER LAS MAQUINAS DE ENSOBRAR EN OPTIMAS CONDICIONES Y COORDINAR SU MANTENIMIENTO Y REPARACION.	
	8-NOTIFICAR AL JEFE DE LA UNIDAD CUANDO SE DETECTA ALGUNA ANOMALIA EN LA IMPRENSION DE LOS CHEQUES DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO.	

9. Nombre y título de clasificación del Supervisor(a) Inmediato(a)
JOHANNA MATOS DE LEÓN –SUPERVISORA UNIDAD DE PAGOS

10. Si usted supervisa menos de seis empleados, mencione los nombres y los títulos de clasificación de cada uno. Si usted supervisa más de cinco, indique el número de empleados con sus títulos de clasificación. Si usted no supervisa a nadie, escriba "Ninguno".

NUM. DEL PUESTO	TITULO DE CLASIFICACION DEL PUESTO	TOTAL DE PUESTOS
	N/A	

11. ¿Qué máquinas usa usted regularmente en su trabajo? Indique el por ciento del tiempo empleado en el manejo de cada máquina.

MAQUINA DE ENDOSAR CHEQUES Y CORRESP.	80%	MICROFICHA	3%
COMPUTADORA PERSONAL	10%	FOTOCOPIADORA	7%

ORIGINAL - EXPEDIENTE **COPIA – EMPLEADO(A)** **COPIA –SUPERVISOR(A)**

DTRH-16
Rev. 8/98

12. Indique en qué forma recibe usted instrucciones respecto a su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

Recibo instrucciones generales ■

Recibo instrucciones detalladas ☐

Puedo usar mi propio criterio, sujeto a revisión ☐

13. Indique en qué forma es revisado su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

La revisión es superficial ■
La revisión es minuciosa ☐

La revisión se limita a algunos aspectos ☐ Indique cuáles.

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE LAS CONTESTACIONES PRECEDENTES SON CIERTAS Y EXACTAS.

6/sept/11
Fecha

RAFAEL LOPEZ VÉLEZ
Firma del Empleado(a)

INFORMACION DEL SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A)

14. La información del empleado(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones: (Dele atención especial a los apartados 14 y 15).

CIERTA Y EXACTA

15. ¿Cuáles considera usted los deberes más importantes de este puesto?

TODAS SON IMPORTANTES

16. ¿Incluye este puesto mecanografía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

¿Incluye este puesto taquigrafía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

17. Indique los requisitos mínimos y especiales que debe poseer la persona que ocupe este puesto. Tenga en mente los requisitos del puesto y no las cualidades de la persona que lo ha de ocupar.

a. Requisitos Mínimos:

b. Requisitos Especiales:

c. Licencias y Colegiación:

9-6-2011
Fecha

JOHANNA MATOS DE LEÓN
Firma del Supervisor(a) Inmediato(a)

INFORMACION DEL DIRECTOR(A)

18. La información del empleado(a) y del supervisor(a) inmediato(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones.

6 de septiembre de 2011
Fecha

RADAMÉS LAMENZA BÁEZ
Firma Director(a) del Negociado, Programa u Oficina

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE HE LEIDO LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE IMPRESO Y QUE A MI MEJOR ENTENDER ES CIERTA Y EXACTA.

Fecha

RINA CRESPO
Firma de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado

DTRH/16
Rev. 8/98

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y
RECURSOS HUMANOS
Secretaría Auxiliar de Administración de Personal

DESCRIPCION DE PUESTO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

2. Sec. Aux., Negdo., Programa u Oficina NEGOCIADO SEGURIDAD DE EMPLEO PROGRAMA DE SEGURO POR DESEMPLEO	4. Apellido Paterno, Materno, Nombre LÓPEZ VÉLEZ, RAFAEL
2. División o Sección SECCIÓN DE BENEFICIOS – UNIDAD DE PAGOS	5. Núm. de Seguro Social 581-53-7752 5a. Núm. del Puesto 013-111
3. Dirección Lugar de Trabajo 556 AVE MUÑOZ RIVERA HATO REY, PR 00918	6. Título de Clasificación del Puesto FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO II
3a. Teléfono y Extensión (787) 754-5353 EXT 2739	7. Título Funcional del Puesto FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO II

8. Primero lea las instrucciones de la Parte I del Formulario DTRH-16A "Información Complementaria a la Descripción del Puesto". Detalle el trabajo que usted realiza en orden de importancia; primero indique las funciones esenciales y luego las funciones marginales. Si este espacio no es suficiente, adhiera hojas adicionales.

TIEMPO	TAREAS DEL PUESTO	NO LLENE ESTE ESPACIO
	CONT. FUNCIONES ESENCIALES	
	9-MANTENER UN CONTROL DE LA NUMERACION DE LOS CHEQUES QUE SE EMITEN DIARIAMENTE.	
	10-COORDINAR LA ENTREGA DE CHEQUES DE SEGURO POR DESEMPLEO CON LA COMPAÑÍA QUE SUPLE LOS MISMOS.	
	11-COORDINAR LA ENTREGA DE SOBRES QUE SON UTILIZADOS PARA EL ENVIO DE LOS CHEQUES CON LA OFICINA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS.	
	12-CUSTODIAR EL SELLO CON LA FIRMA DEL OFICIAL PAGADOR ESPECIAL Y DEL SECRETARIO DEL TRABAJO, MIENTRAS SE ESTA FIRMANDO LOS CHEQUES HASTA QUE LO ENTREGA PARA QUE SEA GUARDADO EN LA CAJA DE SEGURIDAD.	
	13-COORDINAR LOS TRABAJOS DE LOS EMPLEADOS QUE TRABAJAN RECIBIENDO Y ENSOBRANDO TODA LA CORRESPONDENCIA Y LOS CHEQUES DE RECLAMACIONES DEL PROGRAMA DE SEGURO POR DESEMPLEO QUE SE EMITEN ATRAVES DEL SISTEMA SABEN DE LA SECCION DE CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS.	
	14-PREPARAR ESTIMADOS DE MATERIAL, EQUIPO Y NECESIDADES EN EL ÁREA DE TRABAJO BAJO SU RESPONSABILIDAD.	

9. Nombre y título de clasificación del Supervisor(a) Inmediato(a)
JOHANA MATOS DE LEÓN – SUPERVISORA UNIDAD DE PAGOS

10. Si usted supervisa menos de seis empleados, mencione los nombres y los títulos de clasificación de cada uno. Si usted supervisa más de cinco, indique el número de empleados con sus títulos de clasificación. Si usted no supervisa a nadie, escriba "Ninguno".

NUM. DEL PUESTO	TITULO DE CLASIFICACION DEL PUESTO	TOTAL DE PUESTOS
	N/A	

11. ¿Qué máquinas usa usted regularmente en su trabajo? Indique el por ciento del tiempo empleado en el manejo de cada máquina.

MAQUINA DE ENDOSAR CHEQUES Y CORRESP.	80%	MICROFICHA-METRO POSTAL	3%
COMPUTADORA PERSONAL	10%	FOTOCOPIADORA-FAX	7%

ORIGINAL - EXPEDIENTE **COPIA – EMPLEADO(A)** **COPIA –SUPERVISOR(A)**

DTRH-16
Rev. 8/98

12. Indique en qué forma recibe usted instrucciones respecto a su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

Recibo instrucciones generales ■

Recibo instrucciones detalladas ☐

Puedo usar mi propio criterio, sujeto a revisión ☐

13. Indique en qué forma es revisado su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

La revisión es superficial ■
La revisión es minuciosa ☐

La revisión se limita a algunos aspectos ☐ Indique cuáles.

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE LAS CONTESTACIONES PRECEDENTES SON CIERTAS Y EXACTAS.

6/sept/11
Fecha

RAFAEL LOPEZ VELEZ
Firma del Empleado(a)

INFORMACION DEL SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A)

14. La información del empleado(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones: (Dele atención especial a los apartados 14 y 15).

CIERTA Y EXACTA

15. ¿Cuáles considera usted los deberes más importantes de este puesto?

TODAS SON IMPORTANTES

16. ¿Incluye este puesto mecanografía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

¿Incluye este puesto taquigrafía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

17. Indique los requisitos mínimos y especiales que debe poseer la persona que ocupe este puesto. Tenga en mente los requisitos del puesto y no las cualidades de la persona que lo ha de ocupar.

a. Requisitos Mínimos:

b. Requisitos Especiales:

c. Licencias y Colegiación:

9-6-2011
Fecha

JOHANNA MATOS DE LEON
Firma del Supervisor(a) Inmediato(a)

INFORMACION DEL DIRECTOR(A)

18. La información del empleado(a) y del supervisor(a) inmediato(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones.

6 de septiembre de 2011
Fecha

RADAMÉS LAMENZA BAÉZ
Firma Director(a) del Negociado, Programa u Oficina

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE HE LEIDO LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE IMPRESO Y QUE A MI MEJOR ENTENDER ES CIERTA Y EXACTA.

Fecha

RINA CRESPO
Firma de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado

Rev. 8/98

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y
RECURSOS HUMANOS
Secretaría Auxiliar de Administración de Personal

DESCRIPCION DE PUESTO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

3. Sec. Aux., Negdo., Programa u Oficina NEGOCIADO SEGURIDAD DE EMPLEO PROGRAMA DE SEGURO POR DESEMPLEO	4. Apellido Paterno, Materno, Nombre LÓPEZ VÉLEZ RAFAEL
2. División o Sección SECCIÓN DE BENEFICIOS – UNIDAD DE PAGOS	5. Núm. de Seguro Social 581-53-7752 5a. Núm. del Puesto 013-111
3. Dirección Lugar de Trabajo 556 AVE MUÑOZ RIVERA HATO REY, PR 00918	6. Título de Clasificación del Puesto FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO II
3a. Teléfono y Extensión (787) 754-5353 EXT 2739	7. Título Funcional del Puesto

8. Primero lea las instrucciones de la Parte I del Formulario DTRH-16A "Información Complementaria a la Descripción del Puesto". Detalle el trabajo que usted realiza en orden de importancia; primero indique las funciones esenciales y luego las funciones marginales. Si este espacio no es suficiente, adhiera hojas adicionales.

TIEMPO	TAREAS DEL PUESTO	NO LLENE ESTE ESPACIO
	FUNCIONES MARGINALES	
	1-ATENDER LLAMADAS DE LOS RECLAMANTES EN RELACION A SUS PAGOS.	
	2-ENTREGAR CAJAS DE CHEQUES EN BLANCO PARA SER PROCESADOS A EVERTEC.	
	3-MANEJAR TODO LO RELACIONADO A LOS METROS POSTALES.	
	4-TRABAJAR EN EL ENVÍO DE CHEQUES Y DE LAS PLANILLAS DE CONTRIBUCIONES, CUANDO HAY CIERRE EN LA AGENCIA.	

9. Nombre y título de clasificación del Supervisor(a) Inmediato(a)
JOHANNA MATOS DE LEÓN – SUPERVISORA UNIDAD DE PAG0S

10. Si usted supervisa menos de seis empleados, mencione los nombres y los títulos de clasificación de cada uno. Si usted supervisa más de cinco, indique el número de empleados con sus títulos de clasificación. Si usted no supervisa a nadie, escriba "Ninguno".

NUM. DEL PUESTO	TITULO DE CLASIFICACION DEL PUESTO	TOTAL DE PUESTOS

11. ¿Qué máquinas usa usted regularmente en su trabajo? Indique el por ciento del tiempo empleado en el manejo de cada máquina.

MAQUINA DE ENDOSAR CHEQUES Y CORRESP.	80%	MICROFICHA-METRO POSTAL	3%
COMPUTADORA PERSONAL	10%	FOTOCOPIADORA	7%

ORIGINAL - EXPEDIENTE **COPIA – EMPLEADO(A)** **COPIA –SUPERVISOR(A)**

DTRH-16
Rev. 8/98

12. Indique en qué forma recibe usted instrucciones respecto a su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

Recibo instrucciones generales ■

Recibo instrucciones detalladas ☐

Puedo usar mi propio criterio, sujeto a revisión ☐

13. Indique en qué forma es revisado su trabajo, marcando el encasillado correspondiente.

La revisión es superficial ■
La revisión es minuciosa ☐

La revisión se limita a algunos aspectos ☐ Indique cuáles.

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE LAS CONTESTACIONES PRECEDENTES SON CIERTAS Y EXACTAS.

6/sept/11
Fecha

RAFAEL LOPEZ VÉLEZ
Firma del Empleado(a)

INFORMACION DEL SUPERVISOR(A) INMEDIATO(A)

14. La información del empleado(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones: (Dele atención especial a los apartados 14 y 15).

CIERTA Y EXACTA

15. ¿Cuáles considera usted los deberes más importantes de este puesto?

TODAS SON IMPORTANTES

16. ¿Incluye este puesto mecanografía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

¿Incluye este puesto taquigrafía? ■ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique por ciento del tiempo _____%

17. Indique los requisitos mínimos y especiales que debe poseer la persona que ocupe este puesto. Tenga en mente los requisitos del puesto y no las cualidades de la persona que lo ha de ocupar.

a. Requisitos Mínimos:

b. Requisitos Especiales:

c. Licencias y Colegiación:

9-6-2011
Fecha

JOHANNA MATOS DE LEÓN
Firma del Supervisor(a) Inmediato(a)

INFORMACION DEL DIRECTOR(A)

18. La información del empleado(a) y del supervisor(a) inmediato(a) es cierta y exacta, con las siguientes excepciones o adiciones.

6 de septiembre de 2011
Fecha

RADAMES LAMENZA BAEZ
Firma Director(a) del Negociado, Programa u Oficina

CERTIFICACION: CERTIFICO QUE HE LEIDO LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE IMPRESO Y QUE A MI MEJOR ENTENDER ES CIERTA Y EXACTA.

Fecha

RINA CRESPO
Firma de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado