



CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

DNA 7 - DIRECCIÓN NACIONAL DE AUDITORÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

DNA7-SySS-0009-2022

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME GENERAL

Examen Especial al cumplimiento de recomendaciones constantes en los informes aprobados de la Dirección de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social durante los años 2015 y 2016; así como en los informes DR1-DPLR-AE-0059-2015; DR1-DPSE-AE-0002-2015; y, DR7-DPI-AE-0040-2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2021

TIPO DE EXAMEN :

EE

PERIODO DESDE : 2015-01-01

HASTA : 2021-08-31

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Examen especial *“al cumplimiento de recomendaciones constantes en los informes aprobados de la Dirección de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social durante los años 2015 y 2016; así como en los informes DR1-DPLR-AE-0059-2015; DR1-DPSE-AE-0002-2015; y, DR7-DPI-AE-0040-2015”*, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2021.

AUDITORÍA INTERNA
Quito – Ecuador

RELACIÓN DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
C.A.	Compañía Anónima
CCQAHDC	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Cotacollao
C.D.	Consejo Directivo
CGE	Contraloría General del Estado
CÍA. LTDA.	Compañía Limitada
C.M.F.I.E.D.L.M.	Centro Médico Familiar, Integral y de Especialidades, Diálisis "La Mariscal
CPPSSP	Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha
Dr.	Doctor
DVD	Disco Versátil Digital
H.C.A.M.	Hospital Carlos Andrade Marín
H.E.C.A.M.	Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín
H.G.S.F.	Hospital General San Francisco
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IVA	Impuesto al Valor Agregado
No.	Número
R.O.	Registro Oficial
SERCOP	Servicio Nacional de Contratación Pública
SRI	Servicio de Rentas Internas
USD	Dólar de los Estados Unidos de Norteamérica

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>Página</u>
Carta de presentación	1
CAPÍTULO I	
INFORMACIÓN INTRODUCTORIA	
Motivo del examen	2
Objetivo del examen	2
Alcance del examen	2
Base legal	3
Estructura orgánica	3
Objetivos de la entidad	8
Monto de recursos examinados	8
Servidores relacionados	8
CAPÍTULO II	
RESULTADOS DEL EXAMEN	
Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes aprobados de auditoría externa	9
Anexos	
Anexo 1: Nómina de Servidores relacionados con el examen	
Anexo 2: Informes aprobados por la Contraloría General del Estado considerados en el análisis	
Anexo 3: Informes analizados por auditoría externa de la Contraloría General del Estado	
Anexo 4: Recomendaciones cumplidas	
Anexo 5: Recomendaciones no aplicables	
Anexo 6: Gestiones realizadas recomendación 18 del informe DADSySS-0058-2016	



Hamir Palacios
11 0 FEB 2022

Ref: Informe aprobado el

Quito D.M.

Señores
**Presidente y Miembros del Consejo Directivo
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**
Presente

De mi consideración:

La Contraloría General del Estado, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, efectuó el examen especial al cumplimiento de recomendaciones constantes en los informes aprobados de la Dirección de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social durante los años 2015 y 2016; así como en los informes DR1-DPLR-AE-0059-2015; DR1-DPSE-AE-0002-2015; y, DR7-DPI-AE-0040-2015, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2021.

La acción de control se efectuó de acuerdo con las Normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado para obtener certeza razonable de que la información y la documentación examinada no contienen exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente que las operaciones a las cuales corresponden, se hayan ejecutado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, políticas y demás normas aplicables.

Debido a la naturaleza de la acción de control efectuada, los resultados se encuentran expresados en los comentarios, conclusiones y recomendaciones que constan en el presente informe.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 92 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las recomendaciones deben ser aplicadas de manera inmediata y con el carácter de obligatorio.

Atentamente,

Eco. Julio César Espinoza Andrade, Mg.
Auditor Interno Jefe del IESS

CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

Motivo del examen

El examen especial, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se realizó de conformidad a la Orden de Trabajo 0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 6 de septiembre de 2021, suscrita por el Auditor Interno del IESS y en cumplimiento al Plan Anual de Control del año 2021 de la Auditoría Interna del IESS; así como, a la modificación constante en memorando 0117-DNA7-SySS-2021 de 22 de septiembre de 2021.

Objetivo del examen

Determinar el cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de auditoría externa aprobados por la Contraloría General del Estado.

Alcance del examen

Se consideró el cumplimiento de 102 recomendaciones constantes en 16 informes de la auditoría externa aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2015 y 2016, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2021, así:

N°	Informe	Fecha aprobación CGE	No. Recomendaciones
1	DADSySS-0054-2015	2015-09-02	9
2	DR7-DPI-AE-0040-2015	2015-12-02	6
3	DA4-0004-2012	2015-06-22	3
4	DADSySS-0010-2015	2015-01-15	43
5	DADSySS-0025-2015	2015-02-13	5
6	DADSySS-0026-2015	2015-02-13	10
7	DADSySS-0046-2015	2015-06-19	12
8	DADSySS-0051-2015	2015-07-29	8
9	DR1-DPLR-AE-0059-2015	2015-02-11	1
10	DR1-DPSE-AE-0002-2015	2015-01-15	1
11	DA4-0021-2012	2016-02-17	13
12	DADSySS-0005-2016	2016-03-04	21
13	DADSySS-0050-2016	2016-06-09	7
14	DADSySS-0057-2016	2016-06-17	7
15	DADSySS-0058-2016	2016-06-17	19
16	DADSySS-0020-2017	2016-08-23	9
Total de recomendaciones			174

No se consideró el análisis de los Informes DADSySS-0043-2016; DADSySS-0063-2016; y, DADSySS-0068-2015, en razón que no se proporcionó al equipo auditor documentos que

avalen la entrega de estos informes a las respectivas autoridades del IESS a cargo de su cumplimiento.

Base legal

Con Decreto Supremo 18 de 8 de marzo de 1928, publicado en el R.O. 591 de 13 de marzo de 1828, se creó la Caja de Pensiones para el beneficio de empleados públicos, bancarios y militares; y, con Decreto Supremo 12 de 2 de octubre de 1935, se creó la Ley de Seguro Social Obligatorio, que estableció su aplicación a los trabajadores del sector público y privado, por lo que en el año 1937 se formó la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros.

Con Decreto Supremo 517 de 19 de septiembre de 1963, se fusionaron las Cajas de Pensiones y la del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social, la cual mediante Decreto Supremo 40 de 2 de julio de 1970, publicado en el R.O. 15 de 10 de julio de 1970, se transformó en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS.

La Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

En el R.O. 465 de 30 de noviembre de 2001 se publicó la Ley de Seguridad Social, que en su artículo 16 definió al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, como una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República del Ecuador, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

El artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador, publicada en el R.O. 449 de 20 de octubre de 2008, dispone que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autonomía Sanitaria Nacional, misma que según el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud es el Ministerio de Salud Pública; y, en el artículo 370, establece que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una entidad autónoma regulada por la ley, que será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

Estructura orgánica

El Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, emitido con Resolución del Consejo Directivo C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, vigente desde el 6 de

RES
H

mayo de 2017 y publicada en Edición Especial de R.O. 5 de 1 de junio de 2017, establece la siguiente estructura orgánica con sus respectivos niveles de reporte:

1. Procesos Gobernantes: Direccionamiento Estratégico

- 1.1 Órgano Máximo de Gobierno del IESS: Consejo Directivo
- 1.2 Órgano Ejecutivo: Dirección General

2. Procesos Adjetivos de Asesoría del Consejo Directivo

- 2.1 Gestión Nacional de Apelaciones
Responsable: Miembros de la Comisión Nacional de Apelaciones
- 2.2 Gestión Nacional de Riesgos Institucionales
Responsable: Director (a) Nacional de Riesgos Institucionales
- 2.3 Gestión Actuarial de Investigación y Estadística
Responsable: Director (a) Actuarial de Investigación y Estadística
- 2.4 Gestión de Prosecretaría del Consejo Directivo
Responsable: Prosecretario (a) del Consejo Directivo
- 2.5 Gestión de Auditoría Interna
Responsable: Auditor (a) Interno

3. Procesos Sustantivos

- 3.1 Direccionamiento Técnico
Responsable: Subdirector (a) General
 - 3.1.1 Gestión Nacional de Afiliación y Cobertura
Responsable: Director (a) Nacional de Afiliación y Cobertura
 - 3.1.1.1 Gestión Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información
 - 3.1.1.2 Gestión Nacional de Control Técnico
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Control Técnico
 - 3.1.2 Gestión Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera
Responsable: Director (a) Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera
 - 3.1.2.1 Gestión Nacional de Recaudación
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Recaudación
 - 3.1.2.2 Gestión Nacional de Cartera
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión de Cartera
 - 3.1.3 Gestión del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Responsable: Director (a) del Seguro General de Salud Individual y Familiar
 - 3.1.3.1 Gestión Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud
 - 3.1.3.2 Gestión Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Responsable: Subdirector (a) Nacional de Provisión de Servicios de Salud

CUARTE
H

3.1.3.3 Gestión Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud

3.1.3.4 Gestión Nacional de Vigilancia y Gestión de la Información del Seguro de Salud

Responsable: Subdirector (a) Nacional de vigilancia y Gestión de la Información del Seguro de Salud

3.1.3.5 Gestión Nacional Financiera del Seguro de Salud

Responsable: Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro de Salud

3.1.4 Gestión Nacional del Seguro Social Campesino

Responsable: Director (a) del Seguro Social Campesino

3.1.4.1 Gestión y Control Nacional del Seguro Social Campesino

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión y Control del Seguro Social Campesino

3.1.4.2 Gestión de Prestaciones de Salud del Seguro Social Campesino

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Prestaciones de Salud del Seguro Social Campesino

3.1.4.3 Gestión Nacional Financiera del Seguro Social Campesino

Responsable: Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro Social Campesino

3.1.5 Gestión Nacional del Seguro General de Riesgos de Trabajo

Responsable: Director (a) del Seguro General de Riesgos de Trabajo

3.1.5.1 Gestión y Control Nacional del Seguro de Riesgos de Trabajo

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión y Control del Seguro de Riesgos de Trabajo

3.1.5.2 Gestión Nacional Financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo

Responsable: Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro de Riesgos de Trabajo.

3.1.6 Gestión del Sistema de Pensiones

Responsable: Director (a) del Sistema de Pensiones

3.1.6.1 Gestión y Control Nacional del Sistema de Pensiones

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión y Control del Sistema de Pensiones

3.1.6.2 Gestión Nacional Financiera del Sistema de Pensiones

Responsable: Subdirector (a) Nacional Financiero del Sistema de Pensiones.

3.1.7 Gestión Nacional de Fondos de Terceros y Seguro de Desempleo

Responsable: Director (a) Nacional de Fondos de Terceros y Seguro de Desempleo

3.1.7.1 Gestión Nacional del Seguro de Desempleo

Responsable: Subdirector (a) Nacional del Seguro de Desempleo

3.1.7.2 Gestión Nacional de Fondos de Terceros

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Fondos de Terceros

4. Procesos Adjetivos de Apoyo

4.1. Gestión Financiera Nacional

Responsable: Director (a) Nacional de Gestión Financiera

4.1.1 Gestión Nacional de Consolidación del Presupuesto

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Consolidación del Presupuesto

4.1.2 Gestión Nacional de Contabilidad

ONCO
H

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Contabilidad

4.1.3 Gestión Nacional de Transferencias y Pagos

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Transferencias y Pagos

4.1.4 Gestión Nacional de Supervisión de la Rentabilidad de los Fondos Previsionales

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Supervisión de la Rentabilidad de los Fondos Previsionales

4.2 Gestión Nacional de Tecnologías de la Información

Responsable: Director (a) Nacional de Tecnologías de la Información

4.2.1 Gestión Nacional de Infraestructura de Tecnología de la Información

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Infraestructura de Tecnología de la Información

4.2.2 Gestión Nacional de Desarrollo Informático

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Desarrollo Informático

4.2.3 Gestión Nacional de Arquitectura y Soluciones

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Arquitectura y Soluciones

4.2.4 Gestión Nacional de Seguridad Informática

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Seguridad Informática

4.3 Gestión Nacional de Servicios Corporativos

Responsable: Director (a) Nacional de Servicios Corporativos

4.3.1 Gestión Nacional Administrativa

Responsable: Subdirector (a) Nacional Administrativo

4.3.2 Gestión Nacional de Compras Públicas

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Compras Públicas

4.3.3 Gestión Nacional de Infraestructura y Equipamiento

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Infraestructura y Equipamiento

4.3.4 Gestión Nacional de Talento Humano

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión de Talento Humano

4.3.5 Gestión Nacional de Gestión Documental

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Gestión Documental

5. Procesos Adjetivos de Asesoría de la Dirección General

5.1 Gestión Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales

Responsable: Director (a) Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales

5.2 Gestión Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano

Responsable: Director (a) Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano

5.3 Gestión Nacional de Comunicación Social

Responsable: Director (a) Nacional de Comunicación Social

5.4 Gestión Nacional de Asesoría Jurídica

Responsable: Procurador (a) General

5.4.1 Gestión Nacional de Patrocinio

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Patrocinio

5.4.2 Gestión Nacional de Asesoría Legal

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Asesoría Legal

5.5 Gestión Nacional de Procesos

Responsable: Director(a) Nacional de Proceso

SR
H

5.6 Gestión Nacional de Planificación

Responsable: Director (a) Nacional de Planificación

5.6.1 Gestión Nacional de Programación y Proyectos

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Programación y Proyectos

5.6.2 Gestión Nacional de Seguimiento y Evaluación

Responsable: Subdirector (a) Nacional de Seguimiento y Evaluación

6. Procesos Desconcentrados

6.1 Procesos Gobernantes Desconcentrados

6.1.1 Direccionamiento Estratégico Provincial

Responsable: Director (a) Provincial

6.2 Procesos Sustantivos Desconcentrados

6.2.1 Gestión Provincial de Servicios de Atención al Ciudadano

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Servicios de Atención al Ciudadano
Unidad Provincial de Servicios de Atención al Ciudadano

6.2.1.1 Gestión de Atención Universal

Responsable: Centros de Atención Universal

6.2.2 Gestión Provincial de Afiliación y Control Técnico

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Afiliación y Control Técnico
Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico

6.2.3 Gestión Provincial de Cartera y Coactiva

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Cartera y Coactiva
Unidad Provincial de Cartera y Coactiva

6.2.4 Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud

6.2.5 Gestión Provincial del Seguro Social Campesino

Responsable: Coordinador (a) Provincial del Seguro Social Campesino
Unidad Provincial de Seguro Social Campesino

6.2.6 Gestión Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, Desempleo y Fondos de Terceros

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, Desempleo y Fondos de Terceros
Unidad Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, desempleo y Fondos de Terceros

6.3 Procesos Adjetivos de Asesoría y Apoyo Desconcentrados

6.3.1 Gestión Provincial de Prestaciones y Controversias

Responsable: Miembros de la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias

6.3.2 Gestión Provincial de Asesoría Jurídica

Responsable: Coordinador (a) Provincial de Asesoría Jurídica
Unidad Provincial de Asesoría Jurídica

6.3.3 Gestión Provincial de Planificación

Responsable: Unidad Provincial de Planificación
6.3.4 Gestión Provincial Administrativa Financiera

Responsable: Coordinador (a) Provincial Administrativo Financiero Unidad
Provincial Administrativo Financiero

6.3.5 Gestión Provincial de Comunicación Social

Responsable: Unidad Provincial de Comunicación Social

Objetivos de la entidad

Los objetivos estratégicos constan en el Plan Estratégico Institucional 2018-2028 aprobado por el Consejo Directivo del IESS en Sesión Extraordinaria Virtual efectuada el 2 de agosto de 2018 y socializado a los directivos de la institución con memorando IESS-PCD-2018-0361-ME de 8 de agosto de 2018 y son los siguientes:

- Incrementar la sostenibilidad de los fondos de los seguros especializados
- Incrementar la eficiencia en el uso de recursos financieros
- Incrementar la efectividad de la afiliación a la seguridad social
- Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios
- Incrementar la eficiencia operacional de la gestión de los procesos
- Incrementar el desarrollo profesional de los servidores de la institución
- Incrementar el grado de innovación en la gestión institucional

Monto de recursos examinados

Por la naturaleza del examen, el monto de los recursos examinados es indeterminado.

Servidores/as relacionados

Se detalla en Anexo 1.

oebw
H

CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes aprobados de auditoría externa

Se consideró para el seguimiento al cumplimiento de recomendaciones, 16 informes de auditoría externa aprobados durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016, en los cuales se formularon 174 recomendaciones (Anexo 2), al respecto se estableció que el seguimiento al cumplimiento de 72 recomendaciones constantes en 6 informes aprobados, que representan el 41,38%, ya fueron analizadas por parte de la auditoría externa de la Contraloría General del Estado, (Anexo 3); por lo que de 102 recomendaciones, correspondientes a 16 informes, analizadas en la presente acción de control se determinó que: 66 se cumplieron, representando 37,93%, (Anexo 4); 14 se cumplieron parcialmente, representando el 8,04%; 10 no fueron aplicables, representando el 5,75%, por modificación en los procesos administrativos y reformas a la normativa interna emitida por el IESS, entre estas las Resoluciones C.D. 517 de 30 de marzo de 2016 y C.D. 535 vigente a partir del 6 de mayo de 2017, con las cuales se expidió el Reglamento General de Responsabilidad Patronal y la nueva Estructura Orgánica Institucional, (Anexo 5); 2 no aplicables en el período de análisis, por encontrarse en procesos judiciales y a la espera de las respectivas resoluciones, representando el 1,15%; y, 10 no se cumplieron, representando el 5,75%, de acuerdo al siguiente detalle:

N°	Informe	Fecha aprobación	Recomendaciones						
			N°	R/S	C	P/C	N/A	N/A/P	N/C
1	DR1-DPSE-AE-0002-2015	2015-01-15	1		1	0	0	0	0
2	DADSySS-0010-2015	2015-01-15	43	37	3	1	1	0	1
3	DR1-DPLR-AE-0059-2015	2015-02-11	1	0	1	0	0	0	0
4	DADSySS-0025-2015	2015-02-13	5	0	5	0	0	0	0
5	DADSySS-0026-2015	2015-02-13	10	0	5	1	0	0	4
6	DADSySS-0046-2015	2015-06-19	12	4	6	0	2	0	0
7	DA4-0004-2012	2015-06-22	3	0	3	0	0	0	0
8	DADSySS-0051-2015	2015-07-29	8	0	0	6	0	0	2
9	DADSySS-0054-2015	2015-09-02	9	7	1	0	0	1	0
10	DR7-DPI-AE-0040-2015	2015-12-02	6	0	3	0	3	0	0
11	DA4-0021-2012	2016-02-17	13	0	12	0	0	0	1
12	DADSySS-0005-2016	2016-03-04	21	0	16	3	2	0	0
13	DADSySS-0050-2016	2016-06-09	7	1	3	0	1	1	1
14	DADSySS-0057-2016	2016-06-17	7	5	1	0	1	0	0
15	DADSySS-0058-2016	2016-06-17	19	18	0	1	0	0	0
16	DADSySS-0020-2017	2016-08-23	9	0	6	2	0	0	1
Total recomendaciones			174	72	66	14	10	2	10
Porcentaje			100	41,38	37,93	8,04	5,75	1,15	5,75

R/S: Realizado seguimiento C: Cumplida P/C: Parcialmente cumplida N/A: No aplicable
N/A/P: No aplicable en el período N/C: No cumplida

Fuente: Informes aprobados por la Contraloría General del Estado

Elaboración: Auditoría Interna del IESS

Handwritten signature

Recomendaciones incumplidas, parcialmente cumplidas y no aplicables en el período de análisis

Se determinó que 10 recomendaciones no fueron cumplidas; 14 se cumplieron parcialmente; y, 2 no fueron aplicadas en el período de análisis, conforme se describen en cada uno de los Informes detallados a continuación:

Informe DADSySS-0010-2015

El informe fue emitido como producto del examen especial "a las cuentas de ingresos, gastos y a la prestación de servicios de salud en el hospital del IESS de Esmeraldas", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de mayo de 2014, aprobado por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 15 de enero de 2015 y remitido a la Directora Administrativa del Hospital del IESS Esmeraldas con oficio 03950-DADSySS de 13 de febrero de 2015.

El Analista Administrativo y la Auxiliar de Contabilidad – Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, titular y encargada, por delegación del Director General del IESS a través de memorando IESS-DG-2015-0866-M de 10 de junio de 2015 y Resolución IESS-DG-2016-00010-FDQ de 29 de abril de 2016, con memorandos IESS-DG-2015-1897 y 2016-1391-M de 10 de diciembre de 2015 y 5 de agosto de 2016, respectivamente, solicitaron a los Directores Administrativos Hospital de Esmeraldas el cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el citado informe, determinando auditoría que la recomendación 40 no fue cumplida y la 35 se encontró parcialmente cumplida, así:

No cumplida

Recomendación:

"... Gastos de Remuneración - Personal contratado supera el porcentaje permitido y la entidad no cuenta con indicadores de gestión.- ...A la Directora Administrativa.- 40. Dispondrá a los responsables de talento humano controlen que los contratos por servicios ocasionales no superen los límites establecidos en las disposiciones legales, con la finalidad de mantener únicamente el personal necesario bajo esa modalidad de contratación (...)"

Situación actual:

Con Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010-FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017; IESS-DG-2018-0006-DMA-FDQ de 11 de enero de 2018; IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ de 2 de febrero de 2018; IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 27 de febrero de 2018; IESS-DG-2018-002-REDQ

D17
H

de 5 de octubre de 2018, los Directores Generales del IESS resolvieron delegar sus atribuciones a distintas autoridades institucionales, es así que en los artículos 4 y 3, respectivamente, consta la delegación de funciones a los Directores Administrativos de las Unidades Médicas de niveles I y II sin que les faculte la suscripción de contratos ocasionales.

La Oficinista de Talento Humano del Hospital del IESS Esmeraldas a través de correo electrónico de 28 de octubre de 2021, remitió los Contratos de Servicios Ocasionales de los años 2016, 2017, 2018 y 2021, los cuales están suscritos por el Director Nacional de Gestión de Talento Humano, Subdirector Nacional de Gestión de Talento Humano y Directora General del IESS.

Además, la Responsable de Talento Humano en correo electrónico de 11 de octubre de 2021, remitió en archivo Excel los Distributivos del personal del Hospital Básico Esmeraldas, según los cuales, se verificó que durante el período sujeto a examen, se excedió el porcentaje dispuesto en la normativa vigente para la contratación de servicios ocasionales, que fue del 20%, así:

Distributivos al 31 de diciembre	Total de servidores	Nombramientos	Contratos cargo vacante	Contratos en partida especial	Total contratos	% de contratos
2016	327	223	30	74	104	31,80
2017	358	218	57	83	140	39,11
2018	344	204	68	72	140	40,70
2019	315	198	56	61	117	37,14
2020	332	193	61	62	123	41,87
2021*	323	211	36	60	96	34,67

(*) Al 31 de agosto de 2021

De lo expuesto, el Director Administrativo Hospital Básico Esmeraldas, subrogante en funciones entre el 29 de junio de 2017 y el 13 de abril de 2018, en oficio HATG-2021-041 de 28 de diciembre de 2021, adjuntó el memorando IESS-HB-ES-DA-2017-2440-M de 26 de diciembre de 2017, remitido al Subdirector Nacional de Gestión de Talento Humano con el que presentó el Informe Técnico sobre directrices de renovación y prórroga de contratos de servicios ocasionales para el año 2018, en el que le solicitó dar por terminado la relación laboral de 14 servidores bajo esta modalidad; sin que se evidencie que se haya controlado que los contratos por servicios ocasionales no superen los límites establecidos en las disposiciones legales en los años 2016, 2017, 2019, 2020 y 2021.

Situación que se presentó por cuanto la Directora Administrativa del Hospital de Esmeraldas, las Directoras Administrativas del Hospital Básico de Esmeraldas, titular y encargada, las Directoras Administrativas del Hospital Básico – Esmeraldas, encargada y titulares y la

ONLE
N

Directora Administrativa de la Dirección Hospital Esmeraldas, encargada en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 17 de mayo de 2016; entre el 18 de mayo y el 7 de septiembre de 2016; entre el 9 de septiembre de 2016 y el 7 de marzo de 2017 y entre el 13 de junio de 2019 y el 7 de junio de 2020; entre el 19 de abril de 2018 y el 18 de abril de 2019; entre el 20 de julio de 2020 y el 23 de febrero de 2021; y, entre el 5 de marzo y el 16 de agosto de 2021, no dispusieron a los Responsables de Talento Humano, que controlen que los contratos por servicios ocasionales, no superen los límites establecidos en la normativa legal, incumpliendo la recomendación 40 y en tal virtud ocasionando que la deficiencia administrativa se mantenga.

Parcialmente cumplida

Recomendación:

“... Gastos de Remuneración - Información de los servidores incompleta.- ...A la Directora Administrativa.- 35. Dispondrá a los Responsables de Talento Humano, organicen los expedientes de los servidores y ex servidores, de manera que contengan toda la información general laboral y profesional de cada una de las servidoras y servidores; así como la información relacionada con su ingreso, evaluaciones, ascensos, promociones y su retiro (...).”

Situación actual:

El Director Administrativo del Hospital Básico Esmeraldas, encargado con memorando IESS-HB-ES-DA-2021-4161-M de 29 de septiembre de 2021, informó que se ha cumplido en un 60% con la organización de los expedientes del personal activo y en un 40% del personal pasivo; así como, adjuntó el memorando IESS-HB-ES-UTH-2019-0751-M de 15 de julio de 2019, suscrito por la Responsable de Talento Humano, en el que informó: “... 1. Se ha procedido a organizar los expedientes, foliar y digitalizar la documentación de cada servidor. 2. Se está archivando la documentación en carpetas de cartón hasta que se nos dote de las carpetas tipo acordeón”.

Se verificó que constan 235 expedientes escaneados del personal activo, no obstante, a agosto de 2021, el total de servidores del Hospital del IESS Esmeraldas fue de 323 quedando pendiente 88 expedientes; y, sin evidenciar gestiones respecto al personal pasivo.

Situación que se presentó por cuanto la Directora Administrativa del Hospital de Esmeraldas, los Directores Administrativos del Hospital Básico de Esmeraldas, titulares y encargada, las Directoras Administrativas del Hospital Básico – Esmeraldas, encargada y titulares y la Directora Administrativa de la Dirección Hospital Esmeraldas, encargada en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 17 de mayo de 2016; entre el 18 de mayo y el 7 de septiembre de

DOCE
H

2016; entre el 9 de septiembre de 2016 y el 7 de marzo de 2017 y entre el 13 de junio de 2019 y el 7 de junio de 2020; entre el 29 de junio de 2017 y el 13 de abril de 2018; entre el 19 de abril de 2018 y el 18 de abril de 2019; entre el 20 de julio de 2020 y el 23 de febrero de 2021; y, entre el 5 de marzo y el 16 de agosto de 2021, no dispusieron ni controlaron a los Responsables de Talento Humano, organicen los expedientes de los servidores y ex servidores, de manera que contengan toda la información general laboral y profesional de cada uno de ellos, así como, la información relacionada con su ingreso, evaluaciones, ascensos, promociones y su retiro, lo que ocasionó que no se disponga de un archivo de los expedientes de los servidores y ex servidores completo, organizado y actualizado.

Los citados servidores incumplieron lo dispuesto en el artículo 92. Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación.

Con oficios del 0229 al 0231, del 0233 al 0236-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 15 y 16 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a la Directora Administrativa del Hospital de Esmeraldas, a los Directores Administrativos del Hospital Básico de Esmeraldas, titulares y encargada, a las Directoras Administrativas del Hospital Básico – Esmeraldas, encargada y titulares y a la Directora Administrativa de la Dirección Hospital Esmeraldas, encargada.

El Director Administrativo del Hospital Básico de Esmeraldas, en funciones del 29 de junio de 2017 al 13 de abril de 2018, con oficio HATG-2021-041 de 28 de diciembre de 2021, en respuesta a la Comunicación de Resultados Provisionales en relación a la recomendación 35, informó que con memorando IESS-SDNGTH-2017-0014-C de 10 de julio de 2017, reasignó a la Responsable de Talento Humano para su cumplimiento el Instructivo de Gestión para el Archivo de los Expedientes del Personal Activo y Pasivo del IESS; así como, con memorando IESS-HB-ES-DA-2018-0014-M de 3 de enero de 2018, dispuso el cumplimiento de las Normas de Control Interno, referentes a la Entrega - Recepción de Registros y Archivos.

Lo expuesto no modifica lo comentado, por cuanto no adjuntó documentación que evidencie el control realizado posterior con los avances ejecutados y las acciones pendientes a realizar hasta cumplir con la organización de todos los expedientes de los servidores y ex servidores.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 de diciembre de 2021, la Directora Administrativa del Hospital Básico de Esmeraldas, encargada en funciones del 5 de marzo al 16 de agosto de 2021, en comunicación de 4 de enero de 2022, en relación a la recomendación 40, informó que las autoridades nacionales autorizaron la

NECE
H

contratación de personal médico en el período de la pandemia con la finalidad de reforzar el talento humano de la dependencia y en referencia a la recomendación 35 mencionó que la administración, conservación y actualización de los expedientes de personal, es de exclusiva responsabilidad de la Unidad de Talento Humano o quien hiciere sus veces y que el archivo físico fue ordenado alfabéticamente y foliado.

Lo expuesto no modifica lo comentado, debido a que la autorización a la que se refiere fue emitida el 27 de marzo de 2020, por un plazo máximo de 90 días, sin que se haya adjuntado documentación que sustente el cumplimiento de esta recomendación para el año 2021, tampoco a lo aseverado respecto al archivo.

Informe DADSySS-0026-2015

El informe fue emitido como producto del examen *especial "a los ingresos y gastos, administración y utilización de los equipos e instrumental médico, así como a la prestación de servicios de salud en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS en Quinindé"*, por el período comprendido entre el 1 de junio de 2013 y el 31 de mayo de 2014, aprobado por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 13 de febrero de 2015 y remitido al Director General del IESS con oficio 07616-DADSySS recibido el 7 de abril de 2015.

El Analista Administrativo - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, conforme la delegación del Director General del IESS a través de la Resolución Administrativa IESS-DG-2015-002-RFDQ de 26 de mayo de 2015, con memorando IESS-DG-2015-1625-M de 14 de octubre de 2015, dispuso al Director Médico de la Unidad de Atención Ambulatoria de Quinindé, cumpla y haga cumplir las recomendaciones, determinando auditoría que las recomendaciones 3, 6, 7 y 10 no fueron cumplidas y la 4 se encontró parcialmente cumplida, así:

No cumplidas

Recomendación:

... Equipo médico e instrumental sin uso.- ... Al Director de la Unidad.- 3. *Dispondrá al Guardalmacén que efectúe un inventario de los bienes institucionales, que deberá estar debidamente documentado, determinando su estado, condición y uso, a base del cual se elaborará un informe para que el Auxiliar de Contabilidad proceda al registro contable (...).*

CATOLIC
hy

Situación actual:

La Auxiliar de Contabilidad del Centro de Salud B – Quinindé con memorando IESS-UAAQ-FIN-CON-2016-0019-M de 11 de febrero de 2016, informó al Oficinista y al Director de la Unidad Médica, que recibió en físico y digital el inventario de Activos de la Institución correspondientes al año 2015, sin la documentación que respalde el ingreso contable de los activos fijos adquiridos con fecha anterior a junio de 2013, y solicitó disponer y autorizar a quien corresponda se remita esta documentación (facturas, actas de entrega recepción, etc.), ya que éstos bienes suman más de un millón de dólares y se ha verificado contablemente que no han sido registrados en la fecha de su ingreso, sin que el Director de la Unidad Médica haya gestionado lo solicitado.

Además, el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé en funciones desde el 8 de octubre de 2020 hasta el 31 de agosto de 2021, quien suscribió en calidad de Director Médico con memorando IESS-CSB-QUI-DM-2021-2690-M de 13 de octubre de 2021, envió los inventarios de los años 2016 al 2020, sin que se evidencie que fueron remitidos para el registro contable.

Los Directores de la Unidad Médica no controlaron que se cumpla con la recomendación misma que fue comunicada con memorando IESS-DSGSIF-2015-2879-M de 30 de julio de 2015, tampoco los Coordinadores de la Comisión de Seguimiento, delegados por el Director General a través de memorandos IESS-DG-2015-0866-M de 10 de junio de 2015, IESS-DG-2015-1958-M de 22 de diciembre de 2015, IESS-DG-2016-0081-M de 22 de enero de 2016, IESS-DG-2019-1518-M de 27 de junio de 2019, IESS-DG-2019-2031-M de 2 de septiembre de 2019, IESS-DG-2020-1972-M de 2 de octubre de 2020 e IESS-DG-2021-0708-M de 13 de abril de 2021, para efectuar el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones, gestionaron ante los responsables, remitan la documentación que evidencie su cumplimiento.

Por lo anteriormente descrito se evidenció que la Unidad Médica no disponía de la documentación que respalde la propiedad de los activos fijos para el registro contable, por lo que la recomendación no fue cumplida.

Situación que se presentó por cuanto el Director del Centro de Salud B – Quinindé en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 12 de mayo de 2017, no gestionó la obtención de las facturas, actas de entrega recepción, para el registro contable; y, los Directores del Centro de Salud B – Quinindé, titular y encargadas y el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé, cuya actuación fue entre el 15 de mayo y el 10 de noviembre de 2017; entre el 13 de noviembre de 2017 y el 21 de junio de 2019; entre el 24 de junio de 2019 y el 7 de octubre de 2020; y, entre el 8 de octubre de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no dispusieron

QUINCE
H

el cumplimiento de la recomendación; así como, los Planificadores – Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 22 de enero de 2016 y el 21 de junio de 2019; y, entre el 2 de septiembre de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, el Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 2 de octubre de 2020 y el 31 de marzo de 2021, no efectuaron el seguimiento de la recomendación ante los responsables de su cumplimiento, lo que ocasionó que no se realice el registro contable de todos los bienes, consecuentemente impidiendo el cumplimiento de la recomendación 3.

Los Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, inobservaron el numeral 3 del artículo 8 de las Resoluciones IESS-DG-2016-0004-FDQ e IESS-DG-2016-00010-FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016, en su orden; numeral 3 del artículo 6 de la Resolución IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ de 26 de diciembre de 2017; los numerales 3 y 4 del artículo 6 de la Resolución IESS-DG-2018-0006-DMA-FDQ de 11 de enero de 2018; los numerales 3, 4 y 5 del artículo 6 de las Resoluciones IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 2 y 27 de febrero de 2018; numerales 2, 3 y 4 del artículo 7 y 8 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2018-002-REDQ e IESS-DG-DR-2018-002-RFDQ de 5 y 26 de octubre de 2018; numerales 5 y 6 del artículo 8 de la Resolución IESS-DG-AL-2019-005-RFDQ de 27 de junio de 2019; y, numerales 2 y 3 del artículo 10 de la Resolución IESS-DG-CT-2020-002-RFDQ de 16 de junio de 2020, que establecieron:

*“... **Se delega** al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General... las siguientes atribuciones... **3.** Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo, así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso (...).”*

Resolución IESS-DG-2018-0006-DMA-FDQ de 11 de enero de 2018:

*“... **Art. 6.- Se delega** al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General... las siguientes atribuciones... **3.** Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo, así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso.- **4.** Proponer periódicamente todas aquellas acciones e instrucciones que se deban dar para el cabal cumplimiento de las observaciones de los órganos de control (...).”*

Resoluciones IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 2 y 27 de febrero de 2018, en su orden:

SE
H

*“... **Art. 6.- Se delega** al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General... las siguientes atribuciones...- **3.** Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo, así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso.- **4.** Proponer periódicamente todas aquellas acciones e instrucciones que se deban dar para el cabal cumplimiento de las observaciones de los órganos de control.- **5.** Ejercer en nombre y representación del Director General del IESS, las facultades contempladas en el... artículo 92... de la Ley Orgánica de Contraloría General del Estado (...)”.*

Resoluciones IESS-DG-2018-002-REDQ artículo 7 e IESS-DG-DR-2018-002-RFDQ artículo 8 de 5 y 26 de octubre de 2018, en su orden:

*“... **Delegar** al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General... las siguientes atribuciones...- **2.** Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo, así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso; **3.** Proponer periódicamente todas aquellas acciones e instrucciones que se deban dar para el cabal cumplimiento de las observaciones de los órganos de control; y, **4.** Ejercer en nombre y representación del Director General del IESS, las facultades contempladas en el... artículo 92... de la Ley Orgánica de Contraloría General del Estado (...)”.*

Resolución IESS-DG-AL-2019-005-RFDQ de 27 de junio de 2019:

*“... **Art. 8.- Delegar** al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General... las siguientes atribuciones... **5.** Seguimiento de todas las recomendaciones y disposiciones emanadas por los distintos órganos de control e informar de manera mensual al Director General y al Subdirector General sobre el estado en que se encuentran y su cumplimiento por parte de las distintas dependencias del IESS.- **6.** Consolidar las respuestas de las diferentes unidades del IESS a nivel nacional, de cumplimiento de las recomendaciones y disposiciones emitidas por los órganos de control y anexar a los expedientes correspondientes (...)”.*

Resolución IESS-DG-CT-2020-002-RFDQ de 16 de junio de 2020:

*“...**Art. 10.- Delegar** al Responsable de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General para que, se encargue de:- **2.** Solicitar bajo prevenciones de ley, en nombre y representación del Director General del IESS, a los distintos órganos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cumplimiento inmediato de lo dispuesto por los órganos de control y solicitar a éstos que efectúen todas las acciones necesarias para lograrlo, así como proporcionen la documentación e información sobre cada caso.- **3.** Proponer periódicamente todas aquellas acciones e instrucciones que se deban dar para el cabal cumplimiento de las observaciones y recomendaciones de los órganos de control (...)”.*

ALCANTARA
H

Recomendaciones:

“...No se publicaron las adquisiciones de bienes y servicios por ínfima cuantía.- Al Director de la Unidad.- 6. Dispondrá a la servidora con funciones de contratación pública, realice la publicación en el portal de compras públicas, de todos los procesos de contrataciones por adquisición de bienes y servicios; a fin de transparentar las adquisiciones (...).”

“...No se publicaron las adquisiciones de bienes y servicios por ínfima cuantía.- A la Oficinista con funciones de contratación pública.- 7. Procederá a publicar en el Portal de Compras Públicas, todos los procesos de contratación efectuados por la Unidad de Atención Ambulatoria, con la finalidad de transparentarlos (...).”

Situación actual:

El Director del Centro de Salud B – Quinindé en comunicación de 17 de agosto de 2015, dispuso al Administrador del Portal de Compras Públicas, el cumplimiento de la recomendación 7, quien con memorando IESS-UAAQ-2015-0145-M de 20 de octubre de 2015, le informó que se está cumpliendo con la publicación en el portal de compras públicas de los procesos de adquisición de bienes y servicios y adjuntó el print de pantalla de dicho portal, en el que se evidenció que están publicados las compras de ínfima cuantía correspondientes al mes de agosto y septiembre de 2015.

Al respecto, el Equipo Auditor verificó en el portal de compras públicas los procedimientos de ínfima cuantía publicados, en el que se determinó que en los años 2016 y 2018, constan 1 compra; en el 2017, 2019 y hasta el 31 de agosto de 2021, no constan las compras publicadas en el portal; sin embargo, la Responsable Financiera y Presupuesto de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS en Quinindé a través de correos electrónicos de 13 y 14 de diciembre de 2021, certificó las compras realizadas a través del proceso antes citado, así:

Año	Cantidad de compras publicadas en el portal	Compras realizadas Unidad Médica reportadas
2016	1	56
2017	0	106
2018	1	80
2019	0	51
2021*	0	60

(*) Al 31 de agosto de 2021

Por lo comentado, se evidenció que las compras efectuadas en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y hasta el 31 de agosto de 2021, a través de los procedimientos de ínfima cuantía, no fueron publicadas en el portal web del Sistema Nacional de Contratación Pública, por lo que las recomendaciones 6 y 7, no fueron cumplidas.

Dirección
H

Situación que se presentó por cuanto el Director del Centro de Salud B – Quinindé en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 12 de mayo de 2017, no controló que todos los procesos de ínfima cuantía sean publicados en el portal de compras públicas; los Directores del Centro de Salud B – Quinindé, titular y encargadas y el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé, cuyas actuaciones fueron entre el 15 de mayo y el 10 de noviembre de 2017; entre el 13 de noviembre de 2017 y el 21 de junio de 2019; entre el 24 de junio de 2019 y el 7 de octubre de 2020; y, entre el 8 de octubre de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no dispusieron el cumplimiento de la recomendación; los Planificadores - Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 22 de enero de 2016 y el 21 de junio de 2019; y, entre el 2 de septiembre de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, el Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 2 de octubre de 2020 y el 31 de marzo de 2021, no efectuaron el seguimiento de la recomendación ante los responsables de su cumplimiento; lo que ocasionó que no se transparente la información de dicha unidad médica y que las deficiencias no hayan sido subsanadas, provocando el incumplimiento de las recomendaciones 6 y 7.

Además, los Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, inobservaron lo establecido en las Resoluciones IESS-DG-2016-0004-FDQ, IESS-DG-2016-00010-FDQ, IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ, IESS-DG-2018-0006-DMA-FDQ, IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ, IESS-DG-2018-0001-RFDQ, IESS-DG-2018-002-REDQ, IESS-DG-DR-2018-002-RFDQ, IESS-DG-AL-2019-005-RFDQ, IESS-DG-CT-2020-002-RFDQ.

Recomendación:

*“... **Prestación de servicios de salud.- Al Director de la Unidad.- 10.** Procederá a la adquisición de medicinas de acuerdo a su programación, a fin de que el servicio de Farmacia cuente con el stock suficiente, situación que permitirá que la Unidad provea de las medicinas a los afiliados (...)”.*

Situación actual:

El Director del Centro de Salud B – Quinindé en comunicación de 17 de agosto de 2015, dispuso al Administrador del Portal de Compras Públicas, el cumplimiento de la recomendación, quien con memorando IESS-UAAQ-2015-0148-M de 22 de octubre de 2015, le informó que se realizan las compras cuatrimestralmente, ya que no disponen de Bodega para los medicamentos y adjuntó el Acta de Conformación del Comité de Farmacología, el Cuadro de Adquisición de Medicamentos 2015 UAA - Quinindé y el memorando IESS-DSGSIF-2015-0944-M de 14 de abril de 2015, suscrito por la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con el que dispuso a los Directores de las Unidades Médicas procedan con la adquisición de la totalidad de los medicamentos, sin que se haya evidenciado por parte del equipo auditor, que las adquisiciones de medicamentos se realizaron conforme

Quinindé
H

la programación establecida, y sin que el Director de la Unidad Médica haya verificado el cumplimiento de la recomendación.

Situación que se presentó por cuanto el Director del Centro de Salud B – Quinindé en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 12 de mayo de 2017, no controló y tampoco realizó acciones que permitan el cumplimiento de la recomendación; así como, los Directores del Centro de Salud B – Quinindé, titular y encargadas en funciones entre el 15 de mayo de 2017 y el 10 de noviembre de 2017; entre el 13 de noviembre de 2017 y el 21 de junio de 2019; entre el 24 de junio de 2019 y el 7 de octubre de 2020; y, el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé en funciones entre el 8 de octubre de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no dispusieron el cumplimiento de la recomendación; y, los Planificadores - Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 22 de enero de 2016 y el 21 de junio de 2019; y, entre el 2 de septiembre de 2019 y el 12 de junio de 2020; y el Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 2 de octubre de 2020 y el 31 de marzo de 2021, no efectuaron el seguimiento de la recomendación ante los responsables de su cumplimiento, lo que ocasionó que no se haya ejecutado la adquisición de los medicamentos de acuerdo a lo programado, afectando al servicio que proporciona la Unidad Médica a los afiliados y que las deficiencias no hayan sido subsanadas provocando el incumplimiento de la recomendación 10.

Además, los Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, inobservaron lo establecido en las Resoluciones IESS-DG-2016-0004-FDQ, IESS-DG-2016-00010-FDQ, IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ, IESS-DG-2018-0006-DMA-FDQ, IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ, IESS-DG-2018-0001-RFDQ, IESS-DG-2018-002-REDQ, IESS-DG-DR-2018-002-RFDQ, IESS-DG-AL-2019-005-RFDQ, IESS-DG-CT-2020-002-RFDQ.

Parcialmente cumplida

Recomendación:

*“... **Ausencia de constataciones físicas.- Al Director de la Unidad.- 4. Dispondrá al Guardalmacén responsable de la custodia de los bienes, que por lo menos una vez al año realice constataciones físicas de los bienes de larga duración y posteriormente emita el informe respectivo al Director de la Unidad para que se tomen las acciones correctivas en caso de existir novedades (...)**”.*

Situación actual:

La Auxiliar de Contabilidad del Centro de Salud B – Quinindé con memorando IESS-UAAQ-FIN-CON-2016-0019-M de 11 de febrero de 2016, informó al Oficinista y al Director de la Unidad Médica, que recibió en físico y digital el inventario de Activos de la Institución del año

W. N. E.
H

2015, sin que se le haya entregado la documentación que respalde el ingreso de los activos fijos adquiridos con fecha anterior a junio del 2013, y le solicitó disponer y autorizar a quien corresponda remita la documentación (facturas, actas de entrega recepción, etc.), así como, el informe del Acta de Constatación Física realizada a los bienes de la Institución, ya que éstos valores suman más de un millón de dólares y se ha verificado contablemente que no han sido registrados en la fecha de su ingreso, sin que se evidencie gestión posterior para su cumplimiento.

Del 27 de febrero al 13 de abril de 2019, se efectuó la constatación física de Bienes de Larga Duración y Control Administrativo, por parte de la Guardalmacén, los Responsables del Control de Activos Fijos, Financiera y la Directora Médica, diligencia de la cual se suscribió el Acta el 14 de junio de 2019, en el que constó faltantes por 125 334,30 USD, sin que se adjunte las gestiones realizadas a fin de determinar el destino de estos bienes y/o se justifique dicho faltante o se recupere el mismo.

Por lo informado, se ha efectuado constatación física de los bienes de larga duración en el año 2015 y 2019, sin embargo, no se tomaron las acciones correctivas respecto de las novedades presentadas; además, no se realizó las constataciones físicas durante los años 2016, 2017, 2018 y 2020, por lo que la recomendación fue cumplida parcialmente.

Situación que se presentó por cuanto los Directores del Centro de Salud B – Quinindé, en funciones entre el 1 de enero de 2015 y el 12 de mayo de 2017; y, entre el 15 de mayo y el 10 de noviembre de 2017, quienes conocieron de las novedades respecto a la falta de documentos que evidencien su propiedad; y, respecto de los faltantes de bienes no realizaron acciones correctivas al respecto; así como, las Directoras del Centro de Salud B – Quinindé, encargadas y el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé, cuyas actuaciones fueron entre el 13 de noviembre de 2017 y el 21 de junio de 2019; entre el 24 de junio de 2019 y el 7 de octubre de 2020; y, entre el 8 de octubre de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no dispusieron ni supervisaron que se cumpla con la recomendación; así como, los Planificadores – Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 22 de enero de 2016 y el 21 de junio de 2019; entre el 2 de septiembre de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, el Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 2 de octubre de 2020 y el 31 de marzo de 2021, no efectuaron el seguimiento ante los responsables de su cumplimiento, lo que ocasionó que no se disponga de información real y no se realice acciones correctivas sobre los faltantes para que se justifique o se recuperen los bienes y que la deficiencia no haya sido subsanada, provocando el cumplimiento parcial de la recomendación 4.

QUININDÉ Y ORLE
H

Los citados servidores incumplieron lo dispuesto en el artículo 92. Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación.

Con oficios del 0193 al 0200-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 14 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Directores del Centro de Salud B – Quinindé; al Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé; a los Planificadores – Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General; y, al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, sin recibir respuesta.

Informe DADSySS-0051-2015

El informe fue emitido como producto del examen especial *“a la ejecución de los convenios marco como resultado de la subasta inversa corporativa realizada por el INCOP para la adquisición de medicamentos y fármacos requeridos por el IESS”*, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2013, aprobado por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 29 de julio de 2015 y remitido al Director General, encargado del IESS con oficio 19292-DADSySS recibido el 19 de agosto de 2015.

El Analista Administrativo - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2015-1301 y 1862-M de 25 de agosto y 4 de diciembre de 2015, en su orden, dispuso a la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargada el cumplimiento de las recomendaciones; así también, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General solicitó a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar con memorandos IESS-DG-2016-0179 y 0497-M de 17 de febrero y 9 de marzo de 2016, IESS-DG-2018-2488-M de 8 de noviembre de 2018, IESS-DG-2019-0529 y 1927-M de 21 de febrero y 23 de agosto de 2019, en su orden, remitir los justificativos del cumplimiento de las recomendaciones; y, la Directora General del IESS con memorando IESS-DG-2021-1256-M de 28 de junio de 2021, solicitó entre otros, al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los órganos de control.

La Subdirectora General del IESS, encargada con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021, remitió información y documentación respecto a las recomendaciones que reposa en los archivos de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, relacionadas a las gestiones informadas por los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar y las Unidades Médicas.

VERIF y DOS
H

La Jefa de Equipo solicitó al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar con memorandos IESS-AI-2021-0919, 0988 y 1051-ME de 28 de septiembre, 11 y 26 de octubre de 2021, respectivamente la información y documentación que evidencie el cumplimiento de las recomendaciones materia del presente análisis, quien con memorando IESS-DSGSIF-2021-7230-M de 4 de noviembre de 2021, remitió el memorando IESS-DSGSIF-2021-6661-M de 12 de octubre de 2021, documento que contiene la disposición a las máximas autoridades de las Unidades Médicas, para que cumplan con las recomendaciones de la 2 a la 7; así como, requirió un informe técnico con la debida documentación de respaldo que garantice la observancia de cada una de las recomendaciones; adjuntó también el memorando IESS-SDNPSS-2021-1388-M de 29 de octubre de 2021, suscrito por la Subdirectora Nacional de Provisión de Servicios de Salud, encargada quien trasladó la información de cincuenta y cinco establecimientos de salud, que presentaron informes de cumplimiento de las recomendaciones, determinando auditoría que las recomendaciones 1 y 5 no fueron cumplidas y la 2, 3, 4, 6, 7 y 8 se encontraron parcialmente cumplidas, así:

No cumplidas

Recomendación:

*“... **Seguimiento de Recomendaciones.** - ... **Al Director General del IESS.** - 1. Previa a la adjudicación de adquisición de medicamentos, dispondrá se realice un estudio de mercado, a nivel nacional, con el propósito obtener el mejor precio y calidad de los mismos, e informará al Director General del Servicio Nacional de Contratación Pública sobre las actividades realizadas para la toma de las medidas correspondientes (...).”*

Situación actual:

El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar cuyo período de gestión fue entre el 8 de enero y el 26 de julio de 2016 con memorando IESS-DSGSIF-2016-0475-M de 13 de febrero de 2016, dispuso a la Subdirectora de Control del Seguro de Salud, encargada el cumplimiento de la recomendación, quien con memorando IESS-SDCSS-2016-0580-M de 25 de febrero de 2016, dispuso a los Subdirectores Provinciales del Seguro de Salud, el acatamiento a la disposición, quienes a su vez dispusieron a los Directores de la Unidades Médicas; sin embargo, en la información remitida por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021, no se evidenció documentación que respalde el cumplimiento de la recomendación, sin que los Directores Generales y Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, hayan supervisado ni controlado se remita la información con la cual se cumpliría el propósito de obtener el mejor precio y calidad de los medicamentos, tampoco se evidenció que en base a ésta se informó al Director General del Servicio Nacional de Contratación Pública para la toma de las medidas correspondientes, por lo que la recomendación no está cumplida.

UNITE y REF
H

Situación que se presentó por cuanto los Directores Generales del IESS, titulares y encargados, en funciones entre el 25 de mayo y el 17 de septiembre de 2015 y entre el 18 de septiembre de 2015 y el 29 de enero de 2016; entre el 28 de abril de 2016 y el 22 de diciembre de 2017; entre el 13 de marzo y el 3 de octubre de 2018; entre el 26 de octubre de 2018 y el 6 de junio de 2019; entre el 7 de junio de 2019 y el 30 de marzo de 2020; entre el 26 de mayo de 2020 y el 15 marzo de 2021; y, los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados, cuyas actuaciones fueron entre el 17 de agosto y el 14 de diciembre de 2015; entre el 8 de enero y el 26 de julio de 2016; entre el 28 de septiembre de 2016 y el 3 de agosto de 2017; entre el 4 de agosto de 2017 y el 4 de abril de 2018; entre el 5 de abril de 2018 y el 12 de marzo de 2019; entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, entre el 26 de junio de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no supervisaron ni controlaron se remita la información con el propósito obtener el mejor precio y calidad de los medicamentos, lo que limitó informar al Director General del Servicio Nacional de Contratación Pública para la toma de las medidas, ocasionando que las deficiencias no hayan sido subsanadas y provocando el incumplimiento de la recomendación 1.

Recomendación:

“... Falta de gestión por incumplimiento de entrega de medicamentos adquiridos a través de Subasta Inversa Corporativa.- ... Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 5. Dispondrá a los Directores de las unidades médicas, que una vez concluido el término máximo establecido por el Convenio Marco, sobre los incumplimientos en la entrega de medicamentos por parte de los proveedores, le informen para que realice el trámite pertinente, a fin de que el SERCOP declare la terminación unilateral del Convenio Marco y proceda a la inscripción en el registro de contratistas incumplidores (sic). Una vez ejecutado el citado registro, realizará el procedimiento de contratación que corresponda para la adquisición de medicamentos con el objeto de evitar desabastecimientos (...).”

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se evidenció por parte del equipo auditor que en los Hospitales de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Santo Domingo de los Tsáchilas y Babahoyo, no se remitió documentación que evidencie que se haya comunicado sobre los incumplimientos en la entrega de medicamentos por parte de los proveedores, al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Situación que se presentó por cuanto los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados, cuyas actuaciones fueron entre el 17 de agosto y el 14 de diciembre de 2015; entre el 8 de enero y el 26 de julio de 2016; entre el 28 de septiembre de 2016 y el 3 de agosto de 2017; entre el 4 de agosto de 2017 y el 4 de abril de 2018; entre el 5 de abril de 2018 y el 12 de marzo de 2019; entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio de

CONFE Y CUANTO
H

2020; y, entre el 26 de junio de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no controlaron ni supervisaron a las Unidades Médicas, a fin de que remitan información que evidencie se emitieron informes respecto al incumplimiento de los Proveedores de los Convenios Marco, al tenor de lo dispuesto en la recomendación 5 y se verifique si la deficiencia administrativa fue corregida, lo que provocó el incumplimiento de la mencionada recomendación.

Parcialmente cumplidas

Recomendación:

“... Medicamentos adquiridos por Subasta Inversa Corporativa se encuentran caducados y sin evidencia de gestión de reposición.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 2. Dispondrá a los Directores de las Unidades Médicas que se realice un control de los medicamentos próximos a caducar, se insista a los proveedores para su retiro y canje; y/o, se realicen las gestiones pertinentes ante las autoridades de salud informando sobre el particular, para que se tomen las medidas necesarias con oportunidad, a fin de contar con medicamentos aptos para el consumo y expendio a los pacientes (...).”

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se verificó que no se remitió los justificativos y evidencia documental que demuestre que en el Hospital de Babahoyo realizan el control de caducidad de los medicamentos; así como, en el Hospital de Portoviejo, se remitió los respaldos del control efectuado correspondiente al año 2021; sin embargo, no remitió información de los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020, que compruebe las gestiones efectuadas internas así como con los proveedores respecto a los medicamentos próximos a caducar durante los años descritos.

Por lo expuesto la recomendación 2 está parcialmente cumplida, por cuanto el Hospital de Portoviejo remitió información de las gestiones efectuadas respecto al canje de medicamentos próximos a caducar del período 2021; sin que se evidencie el control realizado en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020; mientras que el Hospital de Babahoyo, no remitió la documentación que demuestre su aplicación.

Recomendación:

“... Medicamentos adquiridos en la Subasta Inversa Corporativa, mantienen baja rotación.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 3. Dispondrá a los Directores de las unidades médicas, que en coordinación con los Directores Administrativos, elaboren la planificación de adquisición de medicamentos y fármacos, a base de un estudio de las necesidades de cada unidad médica, utilizando

WINDY Y QILLO
4

registros estadísticos de consumo, perfil epidemiológico, cuadro básico institucional y cualquier otra herramienta que permita definir adecuadamente las necesidades, de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad médica, con el fin de adquirir medicamentos de utilidad para los pacientes (...)".

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se evidenció que los Directores Administrativos del Hospital General de Portoviejo y Latacunga; y, del Centro de Atención Ambulatoria Otavalo, remitieron información respecto a la planificación para la adquisición de medicamentos, la cual se realizó con los datos de consumo promedio mensual, cuadro básico de medicamentos, consumos históricos, morbilidad y cartera de servicios según sea el caso, la que fue validada por el Comité Técnico de Farmacia y Terapia, efectuada en el año 2021, sin que se haya remitido evidencia de lo realizado en los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020; el Director Técnico del Hospital General Machala y el Gerente General del Hospital de Manta, encargados informaron que cumplen con lo establecido en el Manual de Gestión Farmacéutica como de Dispositivos Médicos, sin embargo no remitieron los documentos que respalden lo manifestado; además, el Hospital de Ambato no remitió información del cumplimiento de la recomendación.

Por lo anotado, los Hospitales de Portoviejo y General Latacunga, así como, el Centro de Atención Ambulatoria Otavalo, remitieron documentación que demuestra el cumplimiento de la recomendación en el año 2021, sin que se evidencie en los años 2016 al 2020; así como, en los Hospitales de Machala, Manta y Ambato no remitieron información que evidencie su cumplimiento por lo que la recomendación 3 se encuentra parcialmente cumplida.

Recomendación:

***“... Falta de gestión por incumplimiento de entrega de medicamentos adquiridos a través de Subasta Inversa Corporativa.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 4. Dispondrá a los Directores de las unidades médicas, que conjuntamente con las unidades administrativas involucradas con la requisición y adquisición de medicamentos, tomen en cuenta los plazos y términos de entrega estipulados en el Convenio Marco, con el objeto de que las entregas de medicamentos se realicen oportunamente y evitar el desabastecimiento de los mismos, en beneficio del tratamiento médico de los pacientes (...)*”.**

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se

UNITE Y LIT
H

evidenció que el Gerente General, encargado del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, informó respecto a la normativa legal que contempla lo referente a los convenios marco, obligaciones del proveedor, órdenes de compra, entre otros; y, la Directora Administrativa, encargada del Hospital General Babahoyo, informó que para las adquisiciones de convenio marco se considera el stock disponible en la Bodega de Farmacia, sin adjuntar documentación que evidencie que se haya realizado el control solicitado sobre los plazos y términos de entrega establecidos en los convenios marco; así como, el Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria Santo Domingo de los Tsáchilas remitió información de las multas impuestas por retardo en la entrega efectuadas en el año 2021; no obstante, no se evidenció el control respecto de los plazos y términos para los años 2016 al 2020.

Por lo expuesto, la referida recomendación se encuentra parcialmente cumplida, ya que no fue acatada en los Hospitales Teodoro Maldonado Carbo y Babahoyo y acatada parcialmente en el Hospital de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Recomendación:

“... Falta de gestión por incumplimiento de entrega de medicamentos adquiridos a través de Subasta Inversa Corporativa.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 6. Solicitará a los Directores de las unidades médicas, dispongan a los responsables de bodega, farmacia y departamento financiero, le informen oportunamente sobre los incumplimientos de los proveedores en la entrega de medicinas, con el objeto de que tomen las acciones correspondientes para evitar el desabastecimiento de medicamentos (...).”

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se evidenció que el Director Administrativo del Hospital de Santo Domingo de los Tsáchilas, remitió información del incumplimiento de plazos y las multas establecidas, sin que se evidencie de las acciones tomadas para evitar el desabastecimiento y de las gestiones realizadas durante los años 2016 al 2020; el Gerente General, encargado del Hospital Teodoro Maldonado Carbo informó al Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, que evidenció de manera documental lo relativo a los reportes de retrasos y multas; sin embargo, revisada la información adjunta al citado documento no corresponde a lo manifestado; además, de la información remitida por la Subdirectora General del IESS, encargada con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021, consta adjunto el memorando IESS-HD-SV-DF-2018-1829-M de 13 de noviembre de 2018, suscrito por la Responsable del área Financiera del Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia, con

CONATE Y SUSSE
L

el cual comunicó al Director Administrativo, de los incumplimientos en la entrega de medicamentos por parte del proveedor.

Por lo descrito, en los Hospitales de Santo Domingo de los Tsáchilas, Teodoro Maldonado Carbo, no remitieron información del cumplimiento; y, el Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia, remitieron información del cumplimiento en el año 2018, por lo que la recomendación está parcialmente cumplida.

Recomendación:

“... Falta de control de existencias de medicamentos adquiridos en la Subasta Inversa Corporativa en bodegas y farmacias.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 7. Dispondrá a los Directores de las unidades médicas, que, en coordinación con los responsables de bodega y farmacia, planifiquen y realicen periódicamente constataciones de medicamentos, a fin de que lleven un registro actualizado que permitan controlar las existencias, verificar su cantidad, condición o estado de vigencia, y evitar diferencias, desabastecimientos y caducidades (...).”

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se evidenció que en el Hospital de Esmeraldas, se efectuó el 13 de octubre de 2021, el inventario de los medicamentos, sin que se haya remitido información que demuestre el cumplimiento de esta disposición durante todo el período sujeto a examen, no obstante de los pedidos e insistencias del equipo auditor; la Directora Administrativa del Hospital Básico de Ancón, con memorando IESS-HB-AN-DA-2021-2054-M de 18 de noviembre de 2021, remitió los inventarios físicos periódicos del 2018, sin que se remita de los años 2016, 2017, 2019, 2020 y 2021; así como, el Director Técnico del Hospital General de Machala, encargado remitió los inventarios periódicos efectuados con corte al 6 y 9 de octubre de 2021, sin que se haya remitido la información correspondiente a todo el período sujeto a examen; el Director Administrativo, encargado del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) - Efrén Jurado López remitió el Acta de inventario físico de fármacos de bodega existentes al 26 de junio de 2021; el Director Administrativo del Hospital General Milagro, encargado remitió la Matriz en la que se incluyó la descripción del fármaco, stock por devolver, fechas de caducidad, detalle de su condición o estado actual, acción realizada por parte de los funcionarios de la institución, detalle de la novedad con plazo de entrega y el nombre de los proveedores incumplidos; sin embargo, no se remitió documentación relacionada con las constataciones periódicas a la Bodega de Medicamentos; la Directora Administrativa del Hospital General Portoviejo remitió el Informe IESS-HGP-RT-005 de 29 de noviembre de

VERITE Y OCUJO

M

2021, suscrito por el Jefe de Farmacia, encargado quien remitió información respecto a los procedimientos de almacenamiento de medicamentos, de control y registro de temperatura y humedad; de devolución o retiro del mercado; de recepción y despacho, entre otros; sin que se haya remitido documentación relacionada con las constataciones periódicas a la Bodega de Medicamentos; el Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria Norte Tarqui remitió el Informe de resultados de la toma física de inventarios de fármacos efectuados el 15 de mayo de 2018, 30 y 31 de enero de 2021, sin que se haya remitido de los años 2016, 2017, 2019 y 2020; la Directora Administrativa del Hospital del Día Sur Valdivia, encargada con memorando IESS-HD-SV-2021-5376-M de 10 de octubre de 2021, remitió las Actas de Conteo Físico de Medicamentos e Insumos realizadas el 31 de agosto de 2021, sin que se remita de los años 2016 al 2020; el Director del Centro de Salud San Lorenzo, encargado, con memorando IESS-CSA-SL-2021-0987-M de 27 de octubre de 2021, informó que no se ha realizado las gestiones para el cumplimiento de la recomendación; el Director del Centro de Salud Básico Huaquillas con memorando IESS-CSB-HU-2021-3823-M de 15 de octubre de 2021, adjuntó las Actas de los Inventarios periódicos efectuados el 10 de octubre de 2021, sin que se remitan del período sujeto a examen; la Directora del Centro de Especialidades Daule, encargada con memorando IESS-CE-DA-2021-6518-M de 15 de octubre de 2021, remitió el Acta de inventario físico de fármacos de bodega existentes al 25 de junio de 2021; la Directora del Centro de Salud Básico El Empalme con memorando IESS-CSB-EE-2021-3063-M de 23 de noviembre de 2021, adjuntó el Inventario con corte al 31 de diciembre de 2017 y al 31 julio de 2021, sin que se evidencie gestiones informadas por los Directores de turno durante los años 2016, 2018, 2019 y 2020.

Por lo descrito, los Hospitales de: Esmeraldas, Ancón, Machala, Milagro, Portoviejo, Unidad de Atención Ambulatoria de San Lorenzo, Unidad de Atención Ambulatoria Huaquillas, no remitieron información que demuestre el cumplimiento de la recomendación durante el período sujeto a examen; mientras que el Hospital Dr. Efrén Jurado López, Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia, Unidad de Atención Ambulatoria Daule, Unidad de Atención Ambulatoria El Empalme, remitieron del año 2021, sin presentar los justificativos de los años 2016 al 2020, Centro de Atención Ambulatoria Norte Tarqui, únicamente remitió de los años 2018 y 2021, por lo que la recomendación 7 se encuentra en estado parcialmente cumplida.

Recomendación:

“... Medicamentos adquiridos en la Subasta Inversa Corporativa, no se almacenan en condiciones adecuadas.- ...Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 8. Dispondrá a los Directores de las Unidades Médicas implementen bodegas de almacenamiento de medicamentos adecuadas, espacios físicos que contarán con control de temperatura, humedad, iluminación, ventilación y estado de conservación, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia, protección de los medicamentos que deben ser entregados a los pacientes y afiliados (...).”

UNITE Y NUNCA
H

Situación actual:

De la información proporcionada por la Subdirectora General del IESS con memorando IESS-SDG-2021-0984-M de 14 de octubre de 2021 y de la remitida por las Unidades Médicas, se evidenció que la Directora Administrativa del Hospital General de Portoviejo con memorando IESS-HG-PO-DA-2021-8172-M de 1 de diciembre de 2021, remitió el Informe IESS-HGP-RT-005 de 29 de noviembre de 2021, suscrito por el Jefe de Farmacia, encargado quien adjuntó los procedimientos de almacenamiento de medicamentos, de control y registro de temperatura y humedad; de devolución o retiro del mercado; de recepción y despacho, entre otros; y no remitió información documentada que evidencie el estado físico de la bodega de almacenamiento de medicamentos; no se remitió información del cumplimiento de la recomendación en el Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia; el Gerente General, encargado del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo con memorando IESS-HTMC-GG-2021-5546-M de 20 de octubre de 2021, remitió información del cumplimiento de las recomendaciones, sin que se pronuncie respecto de la referida recomendación; el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas con memorando IESS-CPPSSG-2019-1591-M de 22 de enero de 2019, en respuesta al cumplimiento de la recomendación remitió las respuestas generadas por las Unidades Médicas del Guayas, en las que consta archivo fotográfico de las instalaciones de la Bodega de Medicamentos del Centro de Salud Básico Samborondón, con el cual se evidenció el Registro de temperatura y humedad relativa ambiental, los ítems se encuentran almacenados en perchas e identificados la descripción, lote, fecha de caducidad, entre otros; la Directora del Centro de Salud Ambulatorio Zumba con memorando IESS-CSA-ZU-2019-0051-M de 14 de enero de 2019, adjuntó registros fotográficos de las instalaciones de la Bodega, en los cuales se evidenció que cuenta con aire acondicionado y dispositivo de medición para vigilar el mantenimiento adecuado de los medicamentos, se registra la temperatura y humedad, se controla los medicamentos caducados y en cuarentena, y se demuestra que los bienes se encuentran almacenados en perchas y rotulados.

Conforme lo expuesto, el Centro de Salud Básico Samborondón y Ambulatorio Zumba, remitieron información con la cual se evidenció el cumplimiento de la disposición; no obstante, en los Hospitales de Portoviejo, Teodoro Maldonado Carbo, Centro de Atención Ambulatoria Sur Valdivia y Unidad de Atención Ambulatoria Calceta, no remitieron información y documentación que evidencie el cumplimiento de la recomendación, no obstante a los pedidos e insistencias del equipo auditor, por lo que la recomendación 8 se considera en estado parcialmente cumplida.

TORRESA
H

Situaciones que se presentaron por cuanto los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados en funciones entre el 17 de agosto y el 14 de diciembre de 2015; entre el 8 de enero y el 26 de julio de 2016; entre el 28 de septiembre de 2016 y el 3 de agosto de 2017; entre el 4 de agosto de 2017 y el 4 de abril de 2018; entre el 5 de abril de 2018 y el 12 de marzo de 2019; entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, entre el 26 de junio de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no controlaron ni supervisaron a las Unidades Médicas, remitan información que evidencie el cumplimiento de las recomendaciones 2, 3, 4, 6, 7 y 8, lo que ocasionó que las deficiencias administrativas se mantengan.

Con oficios del 0259 al 0272-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 17 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Directores Generales del IESS y Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados, sin recibir respuesta.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 de diciembre de 2021, la Directora General del IESS en funciones entre el 28 de abril de 2016 y el 22 de diciembre de 2017, en comunicación de 5 de enero de 2022, informó que cumplió con sus responsabilidades de organización, dirección y supervisión, al cumplir con el órgano regular para que se ejecute el cumplimiento de la recomendación.

Lo expuesto no modifica lo comentado, debido a que no adjuntó documentación que evidencie lo manifestado.

Informe DA4-0021-2012

El informe fue emitido como producto del examen especial "al proceso LICBS-IESS-022-2009 y adquisiciones de insumos médicos, prótesis, implantes y equipos médicos; además, los procesos precontractual, contractual y de ejecución de las licitaciones LICBS-IESS-011-2010; LICBS-IESS-021-2010 y LICBS-IESS-003-2010", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2011, aprobado por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 17 de febrero de 2016 y remitido al Gerente General del H.E.C.A.M. con oficio 15553-DADSySS recibido el 15 de junio de 2016, determinando auditoría que la recomendación 13 no fue cumplida, así:

No cumplida

Recomendación:

"... Proceso de contratación LICBS-IESS-011-2010 para la adquisición de un acelerador lineal de baja potencia, incluida la adecuación del área para su

Yोजना y uno
H

funcionamiento, para el Servicio de Oncología, con GENELEKTA S.A.- ...A la Jefa del Departamento Financiero del HCAM.- 13. Para los contratos que no cumplen con la entrega de los bienes y la ejecución de las obras, verificará que las garantías de fiel cumplimiento y del anticipo, se encuentren vigentes hasta la fecha de suscripción del acta de entrega recepción; además, efectuará la liquidación económica y determinará las multas que correspondan (...).

Situación actual:

El Gerente General del H.E.C.A.M. con memorando IESS-HCAM-GG-2016-0834-M de 7 de julio de 2016, comunicó al Coordinador General Financiero del H.C.A.M. el cumplimiento de la referida recomendación.

En una muestra seleccionada de procesos de Licitación realizados en el H.E.C.A.M., se verificó que 2 fueron ejecutados en el período examinado siendo estos: LICBS-IESS-004-2016 con el objeto de adquirir el "Servicio de Alimentación por dos años para pacientes hospitalizados y el personal de turno autorizado del Hospital Carlos Andrade Marín" y la licitación LICO-IESS-001-2017 para la "Renovación del Sistema Hidrosanitario y de Distribución de Vapor del Hospital Carlos Andrade Marín".

Proceso de Licitación LICBS-IESS-004-2016

La Jefe de la Unidad de Presupuesto y Contabilidad con memorando IESS-HCAM-JAPC-2021-2926-M de 2 de diciembre de 2021, informó que el proceso está liquidado; y adjuntó varios Comprobantes Únicos de Registro entre ellos el 7084 de 12 de septiembre de 2018, que correspondió al pago de agosto de 2018; sin embargo de la revisión a la documentación que respalda el pago, no se evidenció el Acta de Entrega Recepción y la Garantía de Fiel Cumplimiento se encontró vigente únicamente hasta el 30 de junio de 2019.

Proceso de Licitación LICO-IESS-001-2017

La Jefe de la Unidad de Presupuesto y Contabilidad con memorando IESS-HCAM-JAPC-2021-2926-M de 2 de diciembre de 2021, informó que el proceso LICO-IESS-001-2017 no está liquidado; sin embargo, de la revisión a los documentos que respaldan el último pago efectuado, se evidenció el Acta Entrega Recepción Provisional de 23 de noviembre de 2020, y la Garantía de Fiel Cumplimiento del contrato constó vigente hasta el 16 de marzo de 2021, sin que se evidencie que la garantía se encontraba vigente hasta la suscripción del acta entrega recepción definitiva de la obra.

Por lo descrito, se determinó que no se disponía de la documentación que respalde la vigencia de las garantías de fiel cumplimiento hasta la fecha de la suscripción de las actas de entrega

REGISTRADA A LOS
H

recepción definitivas de los procesos de licitación LICBS-IESS-004-2016 y LICO-IESS-001-2017.

Situación que se presentó por cuanto los Coordinadores Generales Financieros del H.C.A.M., titulares y encargados cuya actuación fue entre el 1 de septiembre de 2018 y el 5 de agosto de 2019; entre el 6 de agosto de 2019 y el 21 de octubre de 2020; entre el 22 de octubre de 2020 y el 22 de junio de 2021; y, entre el 19 y el 31 de agosto de 2021, no controlaron que las garantías de fiel cumplimiento de los procesos de Licitación mencionados, se encuentren vigentes hasta la fecha de la suscripción de las actas de entrega recepción, lo que ocasionó que los servicios contratados no se encuentren respaldados, provocando que las deficiencias no hayan sido subsanadas y consecuentemente el incumplimiento de la recomendación 13.

Con oficios del 0210 al 0212-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 15 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Coordinadores Generales Financieros del H.C.A.M., titulares y encargados, sin recibir respuesta.

Informe DADSySS-0050-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial "a los procesos administrativos y financieros aplicados sobre la mora patronal, responsabilidad patronal y coactivas de la Provincia de Pichincha en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014, aprobado por el Director de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social de la Contraloría General del Estado el 9 de junio de 2016 y remitido al Director General del IESS con oficio 06297-DADSySS recibido el 8 de marzo de 2017, determinando auditoría que la recomendación 2 no fue cumplida y la 6 no fue aplicable en el período de análisis, así:

No cumplida

Recomendación:

"... Responsabilidad patronal por atenciones médicas no se determinó en su totalidad.- Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha.- 2. Designará un equipo de trabajo con la finalidad de establecer la responsabilidad patronal que permita emitir las glosas por los servicios médicos prestados a los afiliados, jubilados o sus derechohabientes, a fin de que la Dirección Provincial de Pichincha proceda con la notificación de la glosa y los empleadores tengan conocimiento de su obligación, lo que permitirá recuperar los valores determinados por cuantías de responsabilidad patronal y se apliquen las sanciones correspondientes (...)"

TEJEDA Y NEJ
H

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-0631-M de 23 de marzo de 2017, puso en conocimiento del Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha en funciones hasta el 29 de marzo de 2017, el cumplimiento de la recomendación.

Con Resolución C.D. 535 vigente desde el 7 de mayo de 2017, se aprobó la reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con la que se modificó la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud a Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud.

En función de esto el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-1073-M de 7 de junio de 2017, puso en conocimiento de la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, el cumplimiento de la recomendación.

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha con memorandos IESS-CPPSSP-2017-11024-M de 27 de septiembre de 2017 e IESS-CPPSSP-2018-3224-M de 19 de marzo de 2018, solicitó a los Directores Administrativos del C.M.F.I.E.D.L.M. y del H.G.S.F., el apoyo de un servidor de cada una de las Unidades Médicas, para iniciar el reforzamiento de la Unidad de Responsabilidad Patronal, sin obtener respuestas favorables por parte de los Directores de las Unidades Médicas citadas.

Posteriormente, la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, con memorando IESS-CPPSSP-2018-5844-M de 15 de mayo de 2018, solicitó al Director Provincial de Pichincha, encargado disponer el inicio de un Cambio Administrativo a los Oficinistas del C.M.F.I.E.D.L.M. y del H.G.S.F., a fin de reforzar la Unidad de Responsabilidad Patronal de la Coordinación Provincial; y, sugirió que a través de Talento Humano de la Dirección Provincial de Pichincha, se analice la procedencia del Traspaso de Puestos solicitado de al menos 5 servidores del área administrativa de toda la Dirección Provincial, hacia la Coordinación y así dar cumplimiento a la recomendación en análisis, servidora que con memorando IESS-DPP-2018-0599-M de 6 de junio de 2018, puso en conocimiento del Coordinador Provincial Administrativo Financiero Pichincha, a fin de que realice el análisis correspondiente, conforme la normativa vigente.

El Director Provincial Pichincha con memorando IESS-DPP-2018-0940-M de 6 de agosto de 2018, dio contestación a la primera sugerencia emitida por la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha y puso en su conocimiento los memorandos

NE/HTA y QUATRO
M

IESS-HG-SF-DA-2018-1021-M e IESS-CMFIEDM-DA-2018-2282-M de 27 de junio y 5 de julio de 2018 en su orden, suscritos por los Directores Administrativos del H.G.S.F. y del C.M.F.I.E.D.L.M., en los que emiten criterios no favorables a las solicitudes; sin embargo, solicitó que de acuerdo al ámbito de sus competencias, cumpla y haga cumplir la recomendación y realice las acciones necesarias para su implementación inmediata.

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha con memorando IESS-CPPSSP-2018-10344-M de 17 de agosto de 2018, remitió una insistencia ante el Director Provincial Pichincha, en relación de la segunda sugerencia. Al respecto, el Coordinador Provincial Administrativo Financiero Pichincha, informó que no es procedente el traslado de personal hacia la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro Pichincha.

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha con memorando IESS-CPPSSP-2018-13783-M de 14 de noviembre de 2018, informó a la Subdirectora Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud, que de las acciones realizadas para conformar el equipo de trabajo estas no fueron favorables para el cumplimiento de la recomendación, y le solicitó de acuerdo a sus competencias emitir las directrices y lineamientos oportunos, con la finalidad de que se dé cumplimiento a la recomendación, sin que se haya dado respuesta.

Con memorando IESS-CPPSSP-2018-13953-M de 16 de noviembre de 2018, la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, le solicitó al Director Provincial de Pichincha, encargado se tramite la creación de partidas especiales para el año 2019. Al respecto, la Directora Nacional de Servicios Corporativos con memorando IESS-DNSC-2018-1252-M de 3 de diciembre de 2018, le informó al Director Provincial de Pichincha, que no procede la creación de las 10 partidas, debido a que la Subdirección Nacional de Gestión de Talento Humano se encuentra realizando la planificación de talento humano a nivel nacional; así como, que la autorización de la creación de partidas lo realiza únicamente el Consejo Directivo.

Además, la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha con memorando IESS-CPPSSP-2019-2805-M de 7 de marzo de 2019, solicitó al Director Provincial de Pichincha, que a través de su autoridad, gestione con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y la Subdirección Nacional de Aseguramiento, se atiendan las propuestas planteadas, puestas en su conocimiento con memorando IESS-CPPSSP-2019-0080-M de 3 de enero de 2019, o se emitan las directrices correspondientes para dar cumplimiento a la recomendación.

ROBERTA S. CILLO

H

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha con memorando IESS-CPPSSP-2019-3796-M de 3 de abril de 2019, solicitó al Coordinador Nacional Institucional de Recuperación de Fondos del Seguro de Salud, establecer normas y procedimientos administrativos integrados y estandarizados y sugirió convocar a una reunión de trabajo para cumplir la recomendación y con memorando IESS-CPPSSP-2019-7902-M de 9 de julio de 2019, solicitó a la Directora Nacional de Procesos, apoyo técnico para el levantamiento de información para la elaboración y aprobación de flujos para el proceso de Responsabilidad Patronal, prestadores externos Pichincha.

Con memorando IESS-CPPSSP-2020-11676-M de 2 de octubre de 2020, la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, informó al Director Provincial de Pichincha, entre otros, que no ha sido posible conformar el equipo de trabajo para calificación del derecho de la atención médica, cálculo y determinación de la Responsabilidad Patronal; que el proceso de responsabilidad patronal de la CPPSSP, ha informado formalmente a las autoridades de turno, sobre la necesidad de contratar personal administrativo, con el objeto de depurar información represada por atenciones médicas otorgadas por prestadores externos, sin que haya sido posible ejecutar dichas acciones.

No obstante de lo expuesto, la recomendación 2 no se encuentra cumplida ya que a pesar de las acciones realizadas por los servidores institucionales no se ha conformado un equipo de trabajo que verifique y establezca las responsabilidades patronales, emitiéndose las respectivas glosas a los afiliados, jubilados o sus derechohabientes, por servicios médicos prestados por el IESS.

Situación que se presentó por cuanto los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, titular y encargado, cuyas actuaciones fueron entre el 1 de agosto de 2019 y el 16 de octubre de 2020; y, entre el 13 de enero y el 25 de agosto de 2021, no se evidenció gestiones para dar cumplimiento a la recomendación; además el Director Provincial de Pichincha, encargado en funciones entre el 25 de abril de 2018 y el 15 de abril de 2019, no gestionó con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y la Subdirección Nacional de Aseguramiento, se atiendan las propuestas planteadas por la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, puestas en su conocimiento con memorando IESS-CPPSSP-2019-0080-M o tomó acciones para emitir las directrices correspondientes para dar cumplimiento a la recomendación, y en consecuencia que no se hayan determinado las correspondientes Responsabilidades Patronales por atenciones médicas, provocando que las deficiencias no hayan sido subsanadas y consecuentemente el incumplimiento de la recomendación 2.

TRINIDAD y LIS
H

No aplicable en el período de análisis

Recomendación:

“... Falta de seguimiento y control a los ingresos provenientes de remates y cancelación de obligaciones, respecto al juicio coactivo seguido a UNITEX C.A.- Al Director Provincial de Pichincha, Juez de Coactiva.- 6. Dispondrá al Jefe de la Unidad Provincial de Gestión de Cartera de Pichincha, verifique la existencia de glosas y/o títulos de crédito pendientes de pago por parte de Unitex C. A. y otras empresas relacionadas, a fin de que se proceda con su cancelación y de existir un remanente se efectúe la devolución, de todo lo cual se asentará en documentos que reposen dentro del archivo del Juzgado de Coactiva, lo que permitirá mejorar el control de las liquidaciones de los procesos coactivos (...).”

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-0630-M de 23 de marzo de 2017, puso en conocimiento del Director Provincial de Pichincha, encargado y del Jefe Provincial de la Unidad de Coactiva de Pichincha, la recomendación para su cumplimiento.

El Director Provincial de Pichincha, encargado con memorando IESS-DPP-2021-3188-M de 15 de octubre de 2021, informó a la Jefa de Equipo, las acciones efectuadas para el cumplimiento de la recomendación, según se indicó:

Con Providencia de 27 de enero de 2020, se ofició al Tribunal Contencioso Administrativo el Expediente Coactivo y la liquidación una vez que se ha verificado que existe un remanente a favor de UNITEX C.A., a fin de que se resuelva lo ordenado en Providencia de 9 de diciembre de 2010, esto es las Tercerías Coadyuvantes presentadas dentro del procedimiento coactivo.

Con oficio 0002175-JC-IESS-P-RMPA de 24 de septiembre de 2020, la Dirección Provincial de Pichincha ofició al Tribunal Contencioso Administrativo la Providencia de 27 de enero de 2020. La Función Judicial mediante Acta de Sorteo de 1 de octubre de 2020, del proceso 178112020-00963, indicó que se encuentra en primera instancia. El Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo con sede en el Distrito Metropolitano de Quito, Provincia Pichincha, el 6 de julio de 2021, dentro del Proceso 178112020-00963, dispuso al accionante (tercerista) completar y/o aclarar la solicitud y/o demanda de 1 de octubre de 2020, por lo que se encuentra a la espera de las disposiciones legales que se debe emitir por parte del Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo con sede en el Distrito Metropolitano de Quito, Provincia Pichincha.

Por lo que la presente recomendación, es no aplicable en el período de análisis hasta que el Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo se pronuncie al respecto.

KATIA Y DGF
H

Con oficios 0222, 0223 y 0228-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 15 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, titular y encargado y al Director Provincial de Pichincha, encargado, sin recibir respuesta.

Informe DADSySS-0020-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial "a los inventarios de medicinas, insumos y dispositivos médicos en el Hospital Carlos Andrade Marín, IESS", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2015, aprobado por el Director de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 23 de agosto de 2016 y remitido al Presidente del Consejo Directivo del IESS con oficio 17372-DADSySS recibido el 9 de junio de 2017, determinando auditoría que la recomendación 6 no fue cumplida y la 1 y 5 se encontraron parcialmente cumplidas, así:

No cumplida

Recomendación:

"... Existencias físicas de medicamentos e insumos médicos difieren de las cantidades registradas en el sistema MIS-AS400.- Al Gerente General.- 6. Dispondrá al Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos que previo al ingreso y salida de los guardalmacenes se proceda a realizar un inventario físico, a fin de asignar la custodia de las existencias en el caso de inicio de la gestión, y al finalizar las funciones para establecer la conformidad de los inventarios entregados por el servidor saliente, y asignar responsabilidades de custodia al servidor entrante (...)"

Situación actual:

Los Gerentes Generales, subrogante y encargado y el Director, encargado del H.E.C.A.M., con memorandos IESS-HCAM-GG-2017-0635-M de 24 de julio de 2017, IESS-HCAM-GG-2018-1245-M de 28 de junio de 2018 e IESS-HCAM-DA-2020-3724-M de 10 de noviembre de 2020, solicitaron a los Jefes de la Unidad de Bodega y Control de Activos, el cumplimiento de la recomendación.

Al respecto, en los años 2017, 2018, 2019 y 2020 se verificó que ingresaron y salieron doce Guardalmacenes, sin que los Jefes de la Unidad de Bodega y Control de Activos, hayan controlado se efectúe los inventarios físicos al inicio y al finalizar sus funciones.

PRETAREA Y OCASO
H

Además, el Gerente General, encargado del H.E.C.A.M. con memorando IESS-HCAM-GG-2021-3285-M de 5 de octubre de 2021, remitió el Informe sin fecha suscrito por el Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos, quien informó que en caso de que los guardalmacenes y/o personal de la Unidad de Bodega y Control de Activos, se retiren de la institución por diferentes motivos, presentan el acta entrega recepción de los bienes y actividades asignadas al siguiente guardalmacén o funcionario que suplirá las actividades y el cargo; así como, presentan un informe de gestión y así evidenciar el cumplimiento a esta recomendación; sin que se haya remitido las actas de los inventarios que demuestren la entrega recepción de los inventarios físicos en el caso de ingreso y salida de los guardalmacenes, provocando que las deficiencias no hayan sido subsanadas y consecuentemente el incumplimiento de la recomendación 6.

Situación que se presentó por cuanto los Jefes de la Unidad de Bodega y Control de Activos, titulares y encargado, en funciones entre el 20 de julio de 2017 y el 1 de enero de 2018; entre el 4 de junio de 2018 y el 22 de octubre de 2020; y, entre el 23 de octubre de 2020 y el 2 de julio de 2021, no controlaron se realice los inventarios físicos al inicio y al fin de gestión de los Guardalmacenes, lo que ocasionó que no se asigne la custodia de las existencias y la conformidad de los inventarios al ingreso y salida del guardalmacén.

Parcialmente cumplidas

Recomendación:

*“... **Seguimiento de recomendaciones.- Al Director.- 1. Programará y ejecutará las acciones necesarias a fin de que las instalaciones de las bodegas del Hospital mantengan las mejores condiciones de infraestructura para el almacenamiento de los inventarios, para lo cual considerará criterios de funcionalidad, seguridad, higiene, ventilación, iluminación, prevención de contaminantes internos y externos y capacidad suficiente, a fin de precautelar las propiedades y mantener la calidad y características de las existencias (...)**”.*

Situación actual:

El Director Administrativo y el Gerente General, encargado del H.E.C.A.M. con memorandos IESS-HCAM-DA-2017-1449-M de 23 de junio de 2017 e IESS-HCAM-GG-2018-1244-M de 28 de junio de 2018, en su orden dispusieron a los Coordinadores Generales Administrativos, a los Jefes de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios y a los Jefes de la Unidad de Bodega y Control de Activos del H.E.C.A.M., el cumplimiento de la recomendación.

YERMINA Y ALICE

H

La Jefa de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios con memorando IESS-HCAM-JATSGCME-2017-2603-M de 18 de agosto de 2017, entregó al Gerente General del H.C.A.M., subrogante el Perfil del Proyecto Construcción de Nuevos Bloques de Trasplantes y Bodegas del H.E.C.A.M, quien a su vez remitió el 21 de agosto de 2017, al Director Nacional de Planificación del IESS para su aprobación; y, con memorando IESS-HCAM-CGA-2018-0270-M de 20 de marzo de 2018, la Coordinadora General Administrativa envió al Director Administrativo el Informe Actualizado de los predios que serán destinados para la construcción del bloque de Bodegas, trámite que fue remitido a la Procuraduría General del IESS, para su expropiación.

El Gerente General, encargado del H.E.C.A.M. con memorando IESS-HCAM-GG-2018-0535-M de 29 de marzo de 2018, solicitó al Subdirector Nacional Administrativo, encargado del IESS, realice las gestiones necesarias a fin de que se otorgue el espacio suficiente para el almacenaje de los insumos y medicamentos. Al respecto, el Profesional del área de Infraestructura de la Coordinación Provincial Administrativa Financiera de Pichincha emitió el Informe Técnico IESS-AD-INP-2018-108 de 9 de abril de 2018, en el cual se determinó espacios físicos disponibles y se recomendó emitir un pronunciamiento jurídico respecto a la figura legal que se adoptará para la ocupación del espacio físico denominado "Ex Área", ubicado en la Avenida 10 de Agosto N23-49 y calle Fray Antonio de Marchena en la parroquia Belisario Quevedo, sugerido en el citado informe, sin evidenciar gestiones posteriores.

Posteriormente, el Coordinador General Administrativo, con memorando IESS-HCAM-CGA-2020-1822-M de 9 de noviembre de 2020, solicitó al Jefe de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios, dar inicio a los procedimientos de contratación necesarios para intervenir en las instalaciones de las Bodegas.

El Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos del H.E.C.A.M. con memorando IESS-HCAM-JABCA-2020-2683-M de 5 de noviembre de 2020, informó al Coordinador General Administrativo, que en base a la verificación ocular efectuada a las Bodegas, se evidenció que existe poca iluminación en el área del subsuelo, goteras en los pasillos utilizados para el almacenaje de productos, pisos y paredes sin pintar, puertas y chapas destruidas, no cuentan con racks ni palets para almacenamiento de los productos, no disponen de extintores contra incendios, no existe control para el ingreso de las personas autorizadas, entre otros. Al respecto, el Jefe de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios del H.E.C.A.M. aprobó el "Informe referente a las acciones realizadas en la Unidad de Bodegas y Activos Fijos del HECAM", de 23 de septiembre de 2021, documento en el cual constan fotografías de los trabajos realizados e indicó, que se efectuó el cambio de luminarias ubicadas en los pasillos en mal estado; reparación de fugas

CUALQUIA
H

de agua y reemplazo de accesorios dañados en los subsuelos donde se almacenan los diferentes insumos; adecuación e instalación de piso epóxico de grado industrial auto-nivelante, así como del mantenimiento de paredes en las áreas de insumos y fármacos; se instaló puertas fabricadas en tablero de fibras de densidad media, termolaminadas y resistentes a la humedad; se instaló el sistema contra incendios Splinkers, gabinetes que fueron instalados en las áreas de bodegas mediante la ejecución del contrato de Renovación del sistema Hidro-sanitario y de distribución de vapor del Hospital; además, el proceso de contratación LICO-HECAM-2021-001 subido en el SERCOP se encuentra en la fase de "Calificación de Participantes", con el cual se dotará de los sistemas electrónicos para detección y alarma contra incendios para el H.E.C.A.M. incluidas las áreas de Bodegas y Control de Activos; así también, se informó que se implementarán mejoras en la infraestructura con los siguientes proyectos: "Implementación de un Sistema de Circuito Cerrado de Cámaras y Video Vigilancia para el HECAM"; "Sistema de Control de Temperatura y Humedad Relativa para las Bodegas del HECAM" que incluirá la compra de higrómetros para la medición de la temperatura; "Construcción Cuarto Frío Hospital Carlos Andrade Marín" los mismos que se encuentran en fase de elaboración y a la espera de la asignación de recursos respecto al cuarto frío; señalando también, que para descongestionar las áreas de bodegas y solventar la necesidad de mayores espacios, se asignó de manera temporal para la Unidad de Bodega y Control de Activos los espacios disponibles en la antigua Unidad de Rehabilitación y área de piscina.

Por lo expuesto, se evidenció las gestiones realizadas a las Bodegas del H.E.C.A.M. a partir de noviembre de 2020, no así en los años 2017, 2018 y 2019, por lo que la recomendación se encuentra parcialmente cumplida.

Situación que se presentó por cuanto el Coordinador General Administrativo en funciones entre el 1 de junio de 2015 y el 30 de noviembre de 2017; el Jefe de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios, en funciones entre el 26 de junio de 2018 y el 19 de marzo de 2019; y, el Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos del H.C.A.M. en funciones entre el 4 de junio de 2018 y el 22 de octubre de 2020; y, los Directores del H.C.A.M., titulares y encargados, en funciones entre el 21 y 30 de noviembre de 2017 y entre el 1 de diciembre de 2017 y el 31 de julio de 2018; y, entre el 4 de septiembre de 2018 y el 31 de marzo de 2020; quienes tuvieron conocimiento de la recomendación, no gestionaron el cumplimiento oportuno y completo de la misma, lo que ocasionó que no se mantengan en las mejores condiciones las bodegas para el almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos del nosocomio.

Quintero y Udo
H

Recomendación:

“... Existencias físicas de medicamentos e insumos médicos difieren de las cantidades registradas en el sistema MIS-AS400.- Al Gerente General.- 5. Dispondrá al Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos y al Coordinador General Financiero que de forma coordinada programen y ejecuten la realización de constataciones físicas de inventarios en las bodegas del Hospital al menos una vez al año, a fin de establecer la conformidad de los saldos de los registros de las existencias con los conteos físicos, y, en caso de existir diferencias se analizarán sus causas y se efectuarán los ajustes necesarios (...).”

Situación actual:

El Gerente General del H.E.C.A.M., subrogante con memorando IESS-HCAM-GG-2017-0634-M de 24 de julio de 2017, solicitó al Coordinador General Financiero y al Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos, el cumplimiento de la recomendación.

El Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos con memorandos IESS-HCAM-JABCA-2019-0051 y 1853-M de 7 de enero y 2 de julio de 2019, remitió el primero a la Jefa de la Unidad de Presupuesto y Contabilidad; y, el segundo al Director Administrativo y a la Coordinadora General Administrativa, los Informes de Inventarios de Dispositivos Médicos e Insumos suscritos por la Asistente Administrativo y la Oficinista y de Fármacos por el Asistente Administrativo del H.E.C.A.M. de los períodos 2018 y 2019, en los cuales se presentaron faltantes y sobrantes. Respecto a éstos últimos, fueron cargados al sistema AS400 con sus respectivas Actas de “Ingreso por Sobrantes”; y, en relación a los fármacos se determinó diferencias por 17 866,66 USD año 2018, de los cuales 17 848,43 USD corresponden a requisiciones pendientes por parte de la Coordinación de Trasplantes, entregados a través de Acta Entrega Recepción ACT-ED-FCO-002-2018 y la diferencia 18,24 USD es responsabilidad de los Guardalmacenes, por lo que en abril de 2019, estos servidores repusieron los respectivos bienes; y, en el Informe 2019 se mantuvo el faltante de 17 849,71 USD por el mismo concepto, hechos que fueron informados al Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos a través de comunicación JUBCA-JUST-2019-44 de 3 de abril de 2019 y memorando IESS-HCAM-JABCA-2019-2917-M de 3 de octubre de 2019.

Respecto a la diferencia de 17 848,43 USD, el Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos con memorandos IESS-HCAM-JABCA-2018-2311 y 2019-2908-M de 18 de septiembre de 2018 y 2 de octubre de 2019, solicitó a los Directores Administrativo y Técnico en el primero y al Coordinador General de Trasplantes, encargado en el segundo realicen el trámite de regularización del faltante del fármaco, sin que se evidencie hasta el corte de la presente acción de control el ajuste correspondiente.

CUARTERA y AS
H

El Jefe de Bodega y Control de Activos con memorando IESS-HCAM-JABCA-2020-2076-M de 7 de septiembre de 2020, solicitó al Director, encargado autorice el aplazamiento del Inventario Anual del año 2020, por la Emergencia Sanitaria que vivió el país, el cual se realizaría desde el 1 de octubre hasta el 30 de noviembre de 2020 y remitió el cronograma establecido para la constatación física de inventarios y bienes, quien con memorando IESS-HCAM-DA-2020-2951-M de 8 de septiembre de 2020, autorizó la prórroga.

El Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos con memorando IESS-HCAM-JABCA-2021-1478-M de 22 de abril de 2021, presentó al Director del HECAM el Informe de Toma Física de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos del año 2020; y éste último servidor citado con memorando IESS-HCAM-DA-2021-1816-M de 23 de abril de 2021, puso en conocimiento del Gerente General del H.C.A.M., encargado los resultados de la toma física y le solicitó autorizar el ingreso de los ítems con diferencias en más y se tomen las acciones administrativas con las diferencias en menos, que corresponden a 212 ítems sin que los mismos se encuentren valorados; así también, con memorando IESS-HCAM-JABCA-2021-0949-M de 24 de marzo de 2021, remitió al Coordinador General Financiero, para la respectiva conciliación contable.

El Gerente General con memorando IESS-HCA-GG-2021-1374-M de 6 de mayo de 2021, autorizó al Director del H.E.C.A.M. efectuar el ingreso de los ítems sobrantes y solicitó se tomen las acciones administrativas correspondientes con los faltantes, que permitan determinar las responsabilidades por parte de los funcionarios del H.E.C.A.M. en sus diferentes períodos de gestión.

Respecto de los faltantes, el Director del H.E.C.A.M. comunicó a la Coordinadora General Administrativa y al Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos con memorando IESS-HCAM-DA-2021-2152-M de 14 de mayo de 2021, la autorización para efectuar los ajustes contables de acuerdo al Informe de la Toma Física de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos, el último servidor citado reasignó el 17 de mayo de 2021, el trámite al Asistente Administrativo, a fin de que se ejecuten las directrices señaladas, quien el 25 de junio de 2021, es decir a los 39 días laborables, por cambio de área reasignó el trámite al Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos, sin haber efectuado ninguna gestión al respecto. Posteriormente el Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos reasignó el trámite el 28 de junio de 2021, al Asistente Administrativo para que realice la acción legal pertinente, quien el 29 de julio de 2021, archivó el mismo sin efectuar las gestiones pertinentes, sin que se evidencie acciones realizadas por el Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos para que se cumpla lo dispuesto por el mismo.

CASERITA J. N. J.
H

Por lo expuesto, no se evidenció gestiones para conocer el destino de los bienes faltantes detectados, proceder con su recuperación y efectuar los ajustes correspondientes, por lo cual la recomendación está parcialmente cumplida.

Situación que se presentó por cuanto la Coordinadora General Administrativa del H.C.A.M. en funciones entre el 10 de febrero y el 20 de mayo de 2021; y, el Jefe de Unidad de Bodega y Control de Activos del H.C.A.M. en funciones entre el 23 de octubre de 2020 y el 2 de julio de 2021; y, los Asistentes Administrativos del H.C.A.M. en funciones entre el 1 de marzo de 2016 y el 31 de agosto de 2021; y, entre el 1 de marzo de 2018 y el 31 de julio de 2021, no efectuaron las acciones necesarias para solventar los faltantes, lo que ocasionó que no se realicen las conciliaciones de los conteos físicos con los registros contables y tampoco se recuperen todos los ítems o los valores de los bienes establecidos como faltantes.

Con oficios del 0241, 0242, 0244, del 0247 al 0253-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 16 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Coordinadores Generales Administrativos del H.C.A.M.; Directores del H.C.A.M.; Responsable de la Dirección Administrativa del H.C.A.M.; Jefes de Unidad de Bodega y Control de Activos - H.C.A.M.; Jefes de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios del H.C.A.M.; Jefes de Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción del H.C.A.M, titulares y encargados; y, Asistentes Administrativos del H.C.A.M..

El Coordinador General Administrativo del H.C.A.M. en funciones entre el 1 de junio de 2015 y el 30 de noviembre de 2017, en respuesta a la Comunicación de Resultados Provisionales y posterior a la Conferencia Final de Comunicación de Resultados en correo electrónico de 21 de diciembre de 2021 y en comunicación de 30 de diciembre de 2021, informó que con memorando IESS-HCAM-CGA-2017-1566-M de 26 de junio de 2017, dispuso al Jefe de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios del H.C.A.M. y a la Jefa de la Unidad de Bodega y Control de Activos el cumplimiento de la recomendación 1; sin embargo, no informó ni proporcionó documentación que evidencie el control y seguimiento realizado para que se cumpla la misma, razón por la cual no modifica el comentario de auditoría.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 de diciembre de 2021, se recibió las siguientes respuestas:

El Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos del H.C.A.M. en funciones entre el 23 de octubre de 2020 y el 2 de julio de 2021, en comunicación de 3 de enero de 2022, en relación a la recomendación 5, informó que respecto a los faltantes solicitó tomar las acciones para

CUARTA Y CUARTO
H

determinar los responsables los mismos que corresponden a gestiones anteriores a su jefatura; y, en referencia a la recomendación 6, mencionó que una servidora cuyo cargo fue de Guardalmacén, cumplía con trabajos de oficinista, por lo que no fue pertinente efectuar el inventario de la Bodega y que al ingreso del Guardalmacén en diciembre del 2020 ya se había culminado la toma física del inventario y que se tomó como referencia el mismo inventario.

Lo expuesto no modifica lo comentado, debido a que no adjuntó documentación que evidencie las acciones realizadas para solventar los faltantes, ni de las funciones realizadas por la Guardalmacén y a quién se le asignó como responsable de la custodia de las existencias de la Bodega de Fármacos.

El Director del H.C.A.M. en funciones entre el 4 de septiembre de 2018 y el 31 de marzo de 2020, en comunicación de 3 de enero de 2022, en relación a la recomendación 1, remitió documentación del inventario del año 2018; disposiciones de cumplimiento de la normativa de buenas prácticas de almacenamiento y solicitud de procesos para la adquisición de sistemas de seguridad para el área de Bodega.

Lo expuesto no modifica lo comentado, debido a que no controló la implementación de la normativa citada ni la ejecución de los procesos para los sistemas de seguridad.

El Director del H.C.A.M., encargado y titular en funciones entre el 21 y 30 de noviembre de 2017 y entre el 1 de diciembre de 2017 y el 31 de julio de 2018, en su orden, en comunicación de 5 de enero de 2022, informó que dispuso el cumplimiento de la recomendación 1.

Lo expuesto por el citado servidor, no modifica lo comentado, por cuanto no proporcionó documentación que evidencie el control y seguimiento realizado para que se cumpla la misma, razón por la cual no modifica el comentario de auditoría.

El Jefe de la Unidad de Bodega y Control de Activos en funciones entre el 4 de junio de 2018 y el 22 de octubre de 2020, en comunicación de 9 de enero de 2022, en referencia a la recomendación 6, informó que existe la imposibilidad real y física del cumplimiento, debido al gran volumen de inventarios existentes en el hospital, por cuanto se maneja en promedio más de 20 millones de unidades de productos en sus bodegas, realizar la toma física toma dos meses asignando a 20 funcionarios; así como, en relación a la recomendación 5, mencionó que con memorando IESS-HCAM- JABCA-2018-0408-M de 15 de febrero de 2018, remitió al Coordinador General Administrativo, el Informe de Espacios Físicos Bodegas H.C.A.M., documento en el que presentó dos alternativas para solventar los problemas en las Bodegas, la primera autorizar el uso de los espacios de la Unidad Técnica de Fisiatría y arrendar una bodega externa.

CURATORIA Y CUILO
H

Lo expuesto no modifica lo comentado, debido a que no adjuntó documentación que evidencie lo manifestado.

Informe DADSySS-0005-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial "a las operaciones administrativas y financieras, en el Centro de Atención Ambulatorio, Cotocollao", por el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2012 y el 31 de diciembre de 2014, aprobado por el Director de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social el 4 de marzo de 2016 y remitido a la Directora General, encargada del IESS con oficio 09661-DADSySS recibido el 20 de abril de 2016, determinando auditoría que las recomendaciones 8, 10 y 12 se encontraron parcialmente cumplidas, así:

Parcialmente cumplidas

Recomendación:

*"... **No se recuperó el IVA pagado al SRI.- ...Al Coordinador Financiero.- 8. Gestionará conjuntamente con la Contadora, la recuperación de los valores por concepto de IVA pagado que dispone a su favor el C.A.A. de Cotocollao ante el SRI y el Ministerio de Finanzas (...).**"*

Situación actual:

El Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-1511-M de 31 de julio de 2017, comunicó a la Coordinadora Financiera del CCQAHDC, el cumplimiento de la recomendación.

El Director Administrativo del CCQAHDC con memorando IESS-HD-CO-DA-2018-1348-M de 16 de octubre de 2018, solicitó al Coordinador Financiero, encargado el cumplimiento de la recomendación.

El Director Administrativo con memorando IESS-HD-CO-DA-2021-4530-M de 29 de octubre de 2021, informó sobre la recuperación del IVA y, del análisis realizado a la documentación remitida, se identificó que se recuperó por este concepto un valor de 855 219,65 USD, correspondientes a los años 2015, 2016, 2017 (excepto junio) y 2018; y, de los meses de enero, marzo y abril de 2019; sin embargo, no se solicitó la devolución del IVA de los meses de: junio de 2017; febrero y desde mayo a diciembre de 2019; enero a diciembre de 2020; y, de enero a abril 2021, por lo que de los citados periodos no se dispone de la Resolución de devolución del IVA por un valor de 299 737,81 USD por parte del SRI, como se detalla:

CUENTA Y SE
H

ANO	MES	VALOR DECLARADO USD	VALOR DEVUELTO USD
2017	Junio	35 910,72	0,00
2019	Febrero	1 237,56	0,00
2019	Mayo	19 616,40	0,00
2019	Junio	6 207,11	0,00
2019	Julio	17 813,59	0,00
2019	Agosto	12 296,29	0,00
2019	Septiembre	8 115,28	0,00
2019	Octubre	2 884,17	0,00
2019	Noviembre	15 865,40	0,00
2019	Diciembre	41 897,34	0,00
2020	Enero a diciembre	126 780,39	0,00
2021	Enero a abril	11 113,56	0,00
Total		299 737,81	

Fuente: Dirección Administrativa CCQAHDC memorando IESS-HD-CO-DA-2021-4530-M

Situación que se presentó por cuanto el Oficinista del CCQAHDC - Coordinador Financiero, encargado entre el 23 de febrero y el 30 de abril de 2018 y como Administrador - Coordinador Financiero, encargado y Responsable de la Unidad Financiera entre el 1 de mayo 2018 y el 11 de marzo de 2019 y entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2021; así como, la Asistente Administrativo del CCQAHDC - Responsable del área Financiera en funciones entre el 12 y el 31 de marzo de 2019 y posteriormente como Planificador - Responsable del área Financiera del 1 de abril de 2019 al 31 de diciembre de 2020, no realizaron las gestiones correspondientes ante el SRI para la recuperación del IVA.

Recomendación:

*“... **Bienes institucionales sin registro y control.- ...Al Director Administrativo.-** 10. Dispondrá a la Guardalmacén, inventariar los bienes que se encuentran al servicio del C.A.A., precisando sus especificaciones, estado de conservación, ubicación, custodios y más condiciones necesarias para mantener un registro y control íntegro de estos bienes, incluido su real propiedad. Para este fin, coordinará con el Director Financiero, a fin de establecer sus costos (...).”*

Situación actual:

El Director Administrativo del CCQAHDC con memorando IESS-HD-CO-DA-2018-1348-M de 16 de octubre de 2018, dispuso al Guardalmacén, el cumplimiento de la referida recomendación.

El Director Administrativo del CCQAHDC con memorando IESS-HD-CO-DA-2019-2599-M de 3 de diciembre de 2019, remitió al Responsable de Servicios Generales y al Guardalmacén, los lineamientos y disposición para efectuar el inventario 2020; sin embargo, del resultado de los inventarios levantados en el CCQAHDC no contaron con todas las condiciones exigidas en la referida recomendación como son: especificaciones, estado de conservación y tampoco establecieron sus costos para el registro contable.

Cuentas y CITE

El Asistente Administrativo con memorando IESS-HD-CO-SG-2020-1696-M de 15 de diciembre de 2020, remitió el Informe Final de resultados del Levantamiento, Toma Física e Inventario de las Bodegas a cargo de la Unidad de Servicios Generales ubicadas en el subsuelo y primer piso del CCQAHDC, con sus respectivos Anexos en físico.

La Administradora - Guardalmacén con memorando IESS-HD-CO-SG-2021-1817-M de 26 de octubre de 2021, informó que los insumos odontológicos almacenados en la Bodega situada en el segundo piso del área de Rayos X no se encuentran registrados en el sistema AS400 y que se está ubicando la documentación con la cual permita realizar el ingreso de los mismos.

Por lo descrito, no se registraron varios insumos odontológicos, situación que no permitió que el nosocomio mantenga durante el período analizado un inventario actualizado.

Situaciones que se presentaron por cuanto el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) - Cotocollao en funciones entre el 25 de enero de 2018 y el 31 de agosto de 2021, no controló que se cumpla con las recomendaciones; el Asistente Administrativo - Guardalmacén en funciones entre el 1 de octubre de 2019 y el 31 de agosto de 2021, no realizó gestiones para que en coordinación con los Responsables Financieros se establezcan los costos de los bienes, tampoco ingresó al sistema AS400 todos los instrumentos de odontología ubicados en la Bodega de Rayos X.

Con oficios del 0202 al 0204 y 0206-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 15 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales al Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)- Cotocollao; al Asistente Administrativo - Guardalmacén; a la Asistente Administrativo y Planificador del CCQAHDC - Responsable del área Financiera; y, al Oficinista, Administrador del CCQAHDC - Coordinador Financiero, encargado y Responsable de la Unidad Financiera, sin recibir respuesta.

Informe DADSySS-0058-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial "a la contratación y pago a prestadores privados por servicios de salud para los afiliados y pensionistas de la Provincia de Pichincha en la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar IESS", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014, aprobado por el Director de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social de la Contraloría General del Estado el 17 de junio de 2016 y remitido al Director General del IESS con oficio 20042-DADSySS recibido el 25 de julio de 2016, determinando auditoría que la recomendación 18 se encontró parcialmente cumplida, así:

CUANTAS A NUESTRO
H

Parcialmente cumplida

Recomendación:

“... Prestadores de servicios de salud privados, reportaron liquidaciones por prestaciones de salud, al margen de las disposiciones legales establecidas.- A los Directores General y del Seguro General de Salud Individual y Familiar.- 18. Dispondrá a los Subdirectores Nacionales de: Aseguramiento del Seguro de Salud, Provisión de Servicios y de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud, supervisen y coordinen con los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, y Director Nacional de Tecnologías de la Información; se conformen equipos técnicos en cada Subdirección provincial, a fin de que bajo responsabilidad de los comisionados y los Subdirectores provinciales, se verifique y valide los resultados presentados por la empresa contratista del servicio de pertinencia médica, R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda, en base a los cuales, las autoridades del IESS, reconocieron y pagaron los servicios planillados por los prestadores privados de salud, en las atenciones dadas a los afiliados y jubilados, formará parte de esta comisión la empresa contratista del servicio de pertinencia médica, y cada uno de los prestadores. Esta verificación y validación se la hará considerando las disposiciones legales vigentes relacionadas con los costos y condiciones de los servicios médicos contratados y prestados, así como las políticas generadas sobre esta materia por la autoridad sanitaria nacional, en base a lo cual determinarán el real derecho al cobro que les asistió a cada uno de los prestadores, mismos que estarán debidamente sustentados con los documentos legales pertinentes. Los resultados, ordenará dejar constancia un acta de trabajo, la cual incluirá conclusiones y recomendaciones, misma que exigirá ser puesta en su conocimiento, a fin de que adopte las acciones correctivas del caso así como el resarcimiento de valores que se hayan determinado a favor del IESS (...).”

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2016-1320 y 2059-M de 29 de julio y 8 de noviembre de 2016; IESS-DG-2017-0350, 1207, 227, 1322, 1380 y 2101-M de 10 de febrero, 26 y 28 de junio, 14 de julio y 9 de noviembre de 2017, en su orden; IESS-DG-2018-0729, 0934, 1065 y 1719-M de 19 de marzo, 19 de abril, 10 de mayo y 15 de agosto de 2018; IESS-DG-2019-0114, 0531 y 1927-M de 15 de enero, 21 de febrero y 23 de agosto de 2019, en su orden, comunicó a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargados; a los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud con memorandos IESS-DG-2016-1287, 2062 y 2083-M de 28 de julio, 8 y 9 de noviembre de 2016, respectivamente el contenido de la recomendación para su aplicación.

El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargado con memorando IESS-DSGSIF-2016-2702-M de 3 de agosto de 2016, dispuso a los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud; y, a los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, el cumplimiento de la recomendación.

CALCULATA
H

Los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud cuyos períodos de gestión fueron entre el 20 de octubre de 2016 y el 21 de abril de 2017, entre el 24 de abril de 2017 y el 29 de marzo de 2018, entre el 2 de abril y el 4 de noviembre de 2018; y, entre el 5 de noviembre de 2018 y el 10 de abril de 2019, efectuaron gestiones a fin de dar cumplimiento a la recomendación, las que se detallan en Anexo 6.

El Subdirector Nacional de Aseguramiento de Salud en funciones entre el 2 de agosto de 2019 y el 31 de mayo de 2020, con memorando IESS-SDNASS-2019-1441-M de 25 de octubre de 2019, solicitó a la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, ingresar los valores de los fármacos conforme a las listas oficiales de precios publicados por la autoridad sanitaria considerando el período entre febrero de 2013 y julio de 2016, quien con memorando IESS-CPPSSP-2020-0401-M de 15 de enero de 2020, le entregó los archivos con la información solicitada, sin evidenciarse gestiones posteriores.

Por lo expuesto, la recomendación se encuentra parcialmente cumplida ya que a pesar de las acciones realizadas por los servidores institucionales no se ha emitido un informe o acta de trabajo con conclusiones y recomendaciones, donde conste la verificación y validación realizada a los resultados presentados por la empresa contratista del servicio de pertinencia médica, R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS CÍA. LTDA., y en base a los cuales, las autoridades del IESS, reconocieron y pagaron los servicios planillados por los prestadores privados de salud, en las atenciones dadas a los afiliados y jubilados, y de ser el caso se establezcan las acciones correctivas a ejecutar, así como el resarcimiento de valores que se hayan determinado a favor del IESS.

Situación que se presentó por cuanto los Directores Generales de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados, en funciones entre el 28 de septiembre de 2016 y el 3 de agosto de 2017; entre el 4 de agosto de 2017 y el 4 de abril de 2018; entre el 5 de abril de 2018 y el 12 de marzo de 2019; entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio de 2020; y, entre el 26 de junio de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no controlaron ni tomaron acciones eficientes para que se cumpla con la recomendación en análisis, misma que fue conocida desde el 25 de julio de 2016; así como, los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud, titulares y encargado en funciones entre el entre el 5 de noviembre de 2018 y el 10 de abril de 2019; entre el 2 de agosto de 2019 y el 31 de mayo de 2020, y, entre el 9 de septiembre de 2020 y el 31 de agosto de 2021, no gestionaron el cumplimiento de la recomendación, lo que ocasionó que la deficiencia administrativa se mantenga y no se haya tomado acciones correctivas que permitan el resarcimiento de valores a favor del IESS por haber realizado pagos indebidos.

CAROLINA Y UZO
H

Los citados servidores en cada una de las recomendaciones tanto no cumplidas como parcialmente cumplidas descritas en el presente comentario incumplieron lo dispuesto en el artículo 92. Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación.

Con oficios 0201, 0205, 0213, 0214, 0218, 0219, 0221 y 0238-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2021 de 15 y 17 de diciembre de 2021, se comunicaron resultados provisionales a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar y Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud, titulares y encargados, sin recibir respuesta.

Informe DADSySS-0054-2015

El informe fue emitido como producto del examen especial “a la ejecución, pago y liquidación del contrato suscrito entre el IESS y la empresa CRONIX Cía. Ltda., ubicado en el cantón Quito, provincia Pichincha”, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2011 y el 31 de enero de 2015, aprobado por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social, el 2 septiembre de 2015, y remitido al Director General, encargado del IESS con oficio 22096-DADSySS recibido el 28 de septiembre de 2015, determinando auditoría que la recomendación 9 no es aplicable en el período de análisis, así:

No aplicable en el período de análisis

Recomendación:

“... No se liquidó el contrato ni se suscribió el acta de entrega recepción final de los servicios, por falta de acuerdo entre las partes.- ...Al Director General.- 9. Dispondrá al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS en coordinación con el Procurador General del IESS, realicen la liquidación técnica y económica del contrato y la suscripción del acta entrega recepción definitiva entre las partes, salvaguardando los intereses institucionales y recursos del IESS (...).”

Antecedentes

La recomendación 9 del Informe DADSySS-0054-2015 citado, se desprende del comentario “**No se liquidó el contrato ni se suscribió el acta de entrega recepción final de los servicios, por falta de acuerdo entre las partes**”, en el cual se detalla que la liquidación y acta entrega recepción del Contrato 64000000-2615-C no se realizó en virtud de no haberse llegado a un acuerdo entre las partes con relación a la liquidación del contrato, por los valores que el IESS no reconoce a la Contratista, hechos que fueron analizados por el equipo auditor del mencionado examen, quienes dentro del texto del comentario señalaron lo siguiente:

CANCELADO Y SOL
[Firma]

“...Respecto a los valores que la contratista consideró que son adeudados por el IESS, la Gerente General de Cronix, con oficio GG-2015-02-27-001, de 27 de febrero de 2015, proporcionó al equipo de auditoría el siguiente detalle, con corte al 20 de febrero de 2015:

CONCEPTO	VALORES	INTERES
Diferencia de precios unitarios	224 008,65	24 800,61
Suspensión gestión de encuestas / post citas	586 040,56	209 114,16
Costos financieros y tributarios por retrasos de cobro/ pago del IESS	96 995,93	38 053,54
Subtotales	907 045,14	271 968,31
Total Liquidación		1 179 013,45

Fuente: Oficio de Cronix Cía Ltda. GG-2015-02-27-001 de 27 de febrero de 2015

De los valores que la contratista manifestó son adeudados por el IESS, originados por la diferencia de precios unitarios; y la suspensión del servicio de encuestas post citas, efectuada por el Administrador del Contrato, auditoría considera no procedentes, debido a que la contratista en cuanto a los precios unitarios aceptó el valor estipulado en el contrato 64000000-2615-C, suscrito el 24 de agosto de 2009, y que la suspensión de los servicios de encuesta fue puesto en conocimiento al Presidente Ejecutivo de Cronix Cía. Ltda., con oficio 2110000-2119 de 3 de diciembre de 2010; con respecto a los costos financieros mencionados por la contratista, corresponden a la gestión operacional en la prestación del servicio y que deben ser cubiertos por la contratista (...).”

Debiendo señalar además, que en el mismo texto del Informe también se describió que al existir controversias entre las partes para dar por terminado el Contrato con la respectiva liquidación del mismo, la Contratista acudió a la mediación en el Centro de Mediación de la Procuraduría General del Estado, sin que en esta instancia se haya llegado a acuerdo alguno.

Situación actual:

El Informe DADSySS-0054-2015 fue aprobado el 2 de septiembre de 2015, evidenciándose los siguientes hechos generados tanto por la Contratista como por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

El 21 de septiembre de 2017, el Presidente Ejecutivo y Representante Legal de la Empresa CRONIX CIA. LTDA., presentó ante el Tribunal Distrital de lo Contencioso Administrativo, con sede en Quito, la demanda en contra del IESS, causa signada con el No. 17811-2017-01039, cuya pretensión fue “Que se acepte la recepción de pleno derecho, se ordene el pago de los valores correspondientes, en relación al pago establecido en el contrato respectivo, ya que existe una clara “retención indebida de pago” por un valor US\$ 1.484,931.13 de dólares de los Estados Unidos de América (...)”.

Al respecto, mediante auto de 12 de octubre de 2017, la demanda fue calificada y admitida a trámite, luego de haber sido aclarada y completada por el accionante, en virtud de lo cual se ordenó la citación a los demandados en el domicilio señalado para el efecto y con Auto de 26

BUENA Y DEL
H

de diciembre de 2017, fue admitida a trámite la contestación a la demanda, presentada por el IESS.

Posteriormente, en la Audiencia Preliminar efectuada el 5 de julio del 2018, respecto a las excepciones planteadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Tribunal resolvió: *“En primer lugar, respecto de la **excepción previa de caducidad** planteada por el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS, **desechar la misma.**- En segundo lugar, **aceptó** la excepción previa planteada por el IESS **de indebida acumulación de pretensiones**, por lo que **declaró sin lugar la demanda y se ordenó su archivo (...)**”.*

Con Auto de 6 de agosto de 2018, fue calificado el Recurso de Casación interpuesto el 31 de julio de 2018, por el Representante Legal de la Compañía CRONIX CIA. LTDA., dentro del Juicio No. 17811-2017-01039, mediante la cual se resolvió aceptar la excepción de indebida acumulación de pretensiones presentada por el IESS y se ordenó el archivo de la causa.

Mediante Sentencia de 16 de enero de 2019, la Corte Nacional de Justicia, en observancia a lo dispuesto en el artículo 273 del Código Orgánico General de Procesos, rechazó el recurso de casación examinado, determinando que *“NO CASA”* la sentencia recurrida por la empresa CRONIX CIA. LTDA.

El 28 de septiembre de 2020, la Compañía CRONIX CIA. LTDA., presentó una nueva acción contenciosa administrativa contra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, causa signada con el No. 17811-2020-00949 y con Auto de 16 de octubre de 2020, fue calificada y aceptada a trámite; así como, con Autos de 28 de enero de 2021, fueron calificadas y aceptadas a trámite las contestaciones a la demanda presentadas por la Procuraduría General del Estado y el IESS, el 14 y 21 de enero de 2021, respectivamente.

Al 31 de agosto de 2021, en el estado del trámite se determinó la contestación a la demanda realizada por parte de los Representantes del IESS, y a la espera que el Tribunal Contencioso Administrativo, fije día y hora para la realización de la audiencia preliminar.

Por lo descrito, la recomendación 9 del Informe DADSySS-0054-2015, no es aplicable en el período sujeto a examen, hasta que la autoridad judicial competente se pronuncie.

Conclusión

De las 102 recomendaciones analizadas, se determinó que 66 se cumplieron; 10 no fueron aplicables; 2 no son aplicables en el período sujeto a examen; 14 parcialmente cumplidas; y, 10 recomendaciones no se cumplieron constantes en 6 informes efectuados por la CGE,

CINCO y CUATRO
h

debido a que la Directora Administrativa del Hospital de Esmeraldas, las Directoras Administrativas del Hospital Básico de Esmeraldas, titular y encargada, las Directoras Administrativas del Hospital Básico – Esmeraldas, encargada y titulares y la Directora Administrativa de la Dirección Hospital Esmeraldas, encargada, los Directores del Centro de Salud B – Quinindé titulares y encargadas y el Director de la Dirección Técnica Centro de Salud B – Quinindé, los Directores Generales del IESS, titulares y encargados, los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titulares y encargados, los Coordinadores Generales Financieros del H.C.A.M., titulares y encargados, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Pichincha, titular y encargado, el Director Provincial de Pichincha, encargado, los Jefes de la Unidad de Bodega y Control de Activos, titulares y encargado, el Coordinador General Administrativo, el Jefe de la Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios, los Directores del H.C.A.M., titulares y encargados, la Coordinadora General Administrativa del H.C.A.M., los Asistentes Administrativos del H.C.A.M., el Oficinista del CCQAHDC - Coordinador Financiero, encargado y como Administrador - Coordinador Financiero, encargado y Responsable de la Unidad Financiera, la Asistente Administrativo del CCQAHDC - Responsable del área Financiera y posteriormente como Planificador - Responsable del área Financiera, el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)- Cotacollao, el Asistente Administrativo – Guardalmacén; y, los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud, titulares y encargado, no las implementaron; los Planificadores - Coordinadores de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General y el Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General no efectuaron el seguimiento de las recomendaciones del Informe DADSySS-0026-2015, ante los responsables de su cumplimiento, lo que ocasionó que las deficiencias encontradas no sean subsanadas.

Recomendación

Al Director General

1. Dispondrá y controlará al Responsable de la Comisión de Seguimiento que elabore un cronograma con las recomendaciones incumplidas, parcialmente cumplidas y no aplicables en el período de análisis, con el detalle de las mismas, responsables de su cumplimiento, plazo y medios documentales de verificación; y, difundirá y supervisará con la finalidad de realizar su seguimiento y asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.



Econ. Julio César Espinoza Andrade, Mg.
Auditor Interno Jefe del IESS

Quinindé y Cusco
H