



CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

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

DNA7-SySS-0044-2022

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME GENERAL

Examen Especial al cumplimiento de recomendaciones constantes en los informes de auditoría interna y externa, distribuidas en las provincias del Azuay, Bolívar, Cotopaxi, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Napo, Pastaza y Sucumbíos, aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2017, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021

TIPO DE EXAMEN :

EE

PERIODO DESDE : 2017-01-01

HASTA : 2021-06-30

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Examen Especial al cumplimiento de recomendaciones constantes en los informes de auditoría interna y externa, distribuidas en las provincias del Azuay, Bolívar, Cotopaxi, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Napo, Pastaza y Sucumbíos, aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2017, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021.

RELACIÓN DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
Abg.	Abogado
C.D.	Consejo Directivo
CCQA	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio
CUR	Comprobante Único de Registro
G.T.	Grupo de Trabajo
H.DÍA	Hospital del Día
HTMC	Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
IESS	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
INPC	Instituto Nacional de Patrimonio Cultural
LOSNCP	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública
MIS AS400	Medical Information System
MND	Modificación de número de días laborados
PAC	Plan Anual de Contratación
R.O.	Registro Oficial
RCV	Recuperación de valores
PLV	Planilla declarada
RUC	Registro Único de Contribuyentes
SERCOP	Servicio Nacional de Contratación Pública
USD	Dólar de los Estados Unidos de Norteamérica
Vr.	Versión

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Carta de presentación	1
CAPÍTULO I	
INFORMACIÓN INTRODUCTORIA	
Motivo del examen	2
Objetivos del examen	2
Alcance del examen	2
Base legal	3
Estructura orgánica	6
Objetivos de la entidad	9
Monto de recursos examinados	10
Servidores relacionados	10
CAPÍTULO II	
RESULTADOS DEL EXAMEN	
Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes aprobados de auditoría interna y externa	11
ANEXOS	
Anexo 1	Nómina de servidores relacionados
Anexo 2	Recomendaciones analizadas
Anexo 3	Recomendaciones cumplidas
Anexo 4	Recomendaciones no aplicables
Anexo 5	Procesos de Subasta Inversa Electrónica - informe DAI-AI-0032-2017
Anexo 6	Procesos por adquisición de bienes y servicios - informe DAI-AI-0117-2017
Anexo 7	Glosas y Títulos de Crédito emitidas entre el 2011 al 2015 - informe DAI-AI-0146-2017
Anexo 8	Detalle de órdenes de compra y/o trabajo - informe DAI-AI-0205-2017
Anexo 9	Procesos por Ínfima Cuantía - informe DR8-DPN-AE-0009-2017
Anexo 10	Detalle de notas de crédito - informe DAI-AI-0219-2017
Anexo 11	Procesos de Subasta Inversa Electrónica, Régimen Especial y Procedimiento especial - informe DR7-DPI-AE-0029-2017



Ref: Informe aprobado el

Yosmina Paladines S
05 AGO 2022

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 de auditoría interna y externa, distribuidas en las provincias del Azuay, Bolívar, Cotopaxi, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Napo, Pastaza y Sucumbíos, aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2017, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio 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,

Ing. Francisco Xavier Naranjo Hidalgo
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-2022 de 24 de enero de 2022 suscrita por el Auditor Interno Jefe del IESS y en cumplimiento al Plan Anual de Control del año 2022 de la Auditoría Interna del IESS; así como, a la modificación constante en memorando 0204-A-DNA7-SySS-2022 de 27 de abril de 2022.

Objetivo del examen

Determinar el cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de auditoría interna y externa aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2017.

Alcance del examen

Se consideró el cumplimiento de 137 recomendaciones constantes en 18 informes de auditoría externa e interna, aprobados por la Contraloría General del Estado en el año 2017, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de agosto de 2021, efectuados en las provincias de Azuay, Bolívar, Cotopaxi, El Oro, Guayas, Imbabura, Loja, Los Ríos, Manabí, Napo, Pastaza y Sucumbíos, así:

No.	No. de Informe	Fecha aprobación	No. de Recomendación
1	DAI-AI-0032-2017	2017-01-23	6
2	DR1-DPGY-AE-0020-2017	2017-02-06	1
3	DR3-DPP-AE-0002-2017	2017-02-06	1
4	DR9-DPC-AE-0002-2017	2017-02-08	22
5	DR4-DPL-AE-0016-2017	2017-02-16	1
6	DAI-AI-0117-2017	2017-02-23	7
7	DAI-AI-0146-2017	2017-03-21	13
8	DR1-DPGY-AE-0052-2017	2017-03-28	1
9	DAI-AI-0205-2017	2017-05-24	6
10	DAI-AI-0199-2017	2017-05-24	7
11	DAI-AI-0218-2017	2017-05-24	21
12	DR8-DPN-AE-0009-2017	2017-05-24	7

Dosa

No.	No. de Informe	Fecha aprobación	No. de Recomendación
13	DR6-DPB-AE-0008-2017	2017-05-29	7
14	DAI-AI-0219-2017	2017-05-30	10
15	DAPyA-AI-0006-2017	2017-06-23	10
16	DR1-DPEO-AE-0014-2017	2017-07-07	1
17	DR7-DPI-AE-0029-2017	2017-08-30	5
18	DR8-DPS-0003-2017	2017-12-06	11
Total Recomendaciones			137

Base legal

Con Decreto Supremo 18 de 8 marzo de 1928, publicado en el R.O. 590 de 13 de marzo de 1928, se promulgó la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica con la cual se creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa denominada Caja de Pensiones para empleados públicos y bancarios; con Decreto Supremo 12 de 8 de octubre de 1935, se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se creó el Instituto Nacional de Previsión; en el año 1937 se efectuaron reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio y, en razón de estas, se aprobaron los estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, entidad que comenzó a operar con carácter autónomo.

Con Decreto Supremo 19 de 4 de febrero de 1937, publicado en el R.O. 407 de la misma fecha, se incorporó el Seguro de Enfermedad entre los beneficios de los afiliados; con Decreto Supremo 517 publicado en R.O. 65 de 26 de septiembre de 1963 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social; y, con Decreto Supremo 40 de 2 de julio de 1970, publicado en el R.O. 15 de 10 de julio de 1970, se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, como entidad autónoma, con personería jurídica y recursos propios distintos a los del Fisco.

En el R.O. 465 de 30 de noviembre de 2001, se publicó la Ley de Seguridad Social, que en su artículo 16 establece la naturaleza jurídica del IESS como una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación

Tres A

del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional; y, en su artículo 115 determina que las Unidades Médicas asistenciales de propiedad del IESS, entre ellas el Centro de Atención Ambulatoria, serán empresas prestadoras de servicios de salud, dotadas de autonomía administrativa y financiera, integradas en sistemas regionales de atención médica organizados por nivel de complejidad, de conformidad con la reglamentación interna que para este efecto dicte el Consejo Directivo del IESS.

Así también, en 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.

La división geográfica y circunscripción territorial de las Direcciones Provinciales de Azuay, Bolívar, Guayas, Imbabura y Sucumbios es de nivel 4 y 2, según lo establecido en los artículos 5 y 12 de los Reglamentos Orgánico Funcionales del IESS aprobados por el Consejo Directivo con Resoluciones C.D. 457 de 8 de agosto de 2013 y C.D. 535 de 6 de mayo de 2017, publicada en Edición Especial de Registro Oficial 5 de 1 de junio de 2017.

El Reglamento Orgánico Funcional del IESS emitido mediante Resolución C.D. 535, publicado en el R.O. Edición Especial 5 de 1 de junio 2017, derogó la Resolución C. D. 457, publicada en R.O. Suplemento 45 del 30 de agosto de 2013; y establecieron las atribuciones y responsabilidades de la Coordinación Provincial Administrativa Financiera.

La Comisión Interventora del IESS, con Resolución C.I. 056 de 26 de enero de 2000, expidió el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, definiendo en su artículo 2 la clasificación, según su nivel de complejidad, en Hospitales de Nivel III, Nivel II, Nivel I, Centros de Atención Ambulatoria y Unidades de Atención Ambulatoria, por lo que la Unidad de Atención Ambulatorio de Ventanas, se encontró dentro de esta clasificación.

Cecilia M.

Con Resolución C.D. 082 de 14 de diciembre de 2005, se aprobó el "Programa de Gestión y Desarrollo de las Unidades Médicas del IESS", con el fin establecido en el artículo 1, de "ejecutar las acciones que permitan preparar a las unidades médicas del IESS, para su transformación en empresas prestadoras de servicios de salud e implementar el nuevo modelo de atención integral de salud. Para el efecto se establecerán los fundamentos estratégicos que permitan modernizar y elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, en los tres niveles de atención, y en educación e investigación médica"; y, en el artículo 2 reafirma la autonomía de las Unidades Médicas, desconcentración operativa y administrativa, actualización de la estructura orgánica de las Unidades Médicas, por nivel de complejidad, optimización de recursos, entre otros ejes fundamentales para la gestión descentralizada.

Finalmente, el Ministerio de Salud Pública emitió la Tipología Sustitutiva para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicios de Apoyo del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Suplemento del R.O. 428 de 30 de enero de 2015, estableciéndose en su artículo 1, el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención; y, Servicios de Apoyo, transversales a los Niveles de Atención; por lo que el 11 de junio de 2015 el Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 490 publicada en el R.O. 546 de 17 de julio de 2015, expidió las Disposiciones para aplicar la Política Nacional de Salud y las regulaciones emitidas por la autoridad sanitaria nacional, quien ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud, para homologar la denominación de las Unidades Médicas del IESS; y, con Resolución IESS-RNDG-002-2015 de 26 de noviembre de 2015 el Director General del IESS expidió la Homologación de los Establecimientos de Salud del IESS acorde a la tipología emitida por el MSP, en la que se denominó la siguiente clasificación:

ZONA	PROVINCIA	TIPOLOGÍA ACTUAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	TIPOLOGÍA HOMOLOGADA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
			CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA HOMOLOGADA
5	GUAYAS	MILAGRO	II-5	HOSPITAL GENERAL – MILAGRO
3	PASTAZA	EL PUYO	II-4	HOSPITAL BASICO EL PUYO
7	LOJA	LOJA (HOSP)	II-5	HOSPITAL GENERAL · MANUEL YGNACIO MONTEROS
8	GUAYAQUIL	DURAN	II-4	HOSPITAL BASICO – DURAN
7	EL ORO	MACHALA	II-5	HOSPITAL GENERAL · MACHALA
5	GUAYAS	NARANJAL	I-5	CENTRO DE SALUD C-- NARANJAL
5	LOS RÍOS	VENTANAS	I-3	CENTRO DE SALUD A – VENTANAS

C. M. M.

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 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

2.5 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

Seis A

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

4. Procesos Adjetivos de Apoyo

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

6. Procesos Desconcentrados

6.1 Procesos Gobernantes Desconcentrados

6.1.1 Direccionamiento Estratégico Provincial

Responsable: Director (a) Provincial

6.2 Procesos Sustantivos Desconcentrados

6.2.2 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

Sietef

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

Estructura Orgánica Unidades Médicas

La Resolución C.I. 056 de 26 de enero de 2000, expidió el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, definiendo en su artículo 2 la clasificación, según su nivel de complejidad, en Hospitales de Nivel III, Nivel II, Nivel I, Centros de Atención Ambulatoria y Unidades de Atención Ambulatoria, y en los artículos 68 y 69, 111, 112, 141 y 142 en su orden establecen la siguiente estructura orgánica con sus respectivos niveles de reporte:

Hospital de Nivel II

Dirección

Dirección Técnica General.

Dependencias de Apoyo de la Gerencia del Hospital:

1. La Unidad de Servicios al Asegurado.
2. La Subgerencia Financiera, con las siguientes unidades:
 - a. La Unidad de Presupuesto y Contabilidad;
 - b. La Unidad de Facturación y Consolidación de Costos; y,
 - c. La Unidad de Recaudación y Pagos.
3. La Unidad de Servicios Generales

Ochoa Rf

4. La unidad de asistencia administrativa, que comprende los procesos de:
 - a. Recursos Humanos;
 - b. Adquisiciones de Materiales y Suministros;
 - c. Control de Inventarios;
 - d. Informática y estadísticas;
 - e. Archivo y reproducción de documentos

Hospital de Nivel I

Gerencia del Hospital.

Dependencias de Apoyo de la Gerencia del Hospital:

1. La Unidad de Servicio al Asegurado
2. La Subgerencia Financiera, que comprende las unidades de:
 - a. Presupuesto y Contabilidad;
 - b. Facturación y Consolidación de Costos; y,
 - c. Recaudación y Pagos.
3. La Unidad de Servicios Generales

Centro de Atención Ambulatoria

Gerencia del Centro.

Dependencias de Apoyo de la Gerencia:

1. La Unidad de Servicio al Asegurado.
2. La Unidad Financiera.

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.

N. Veve M.

- 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.

Dres M

CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

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

Se consideró para el seguimiento al cumplimiento de recomendaciones, 18 informes constantes en 7 emitidos por Auditoría Interna del IESS y 11 por Auditoría Externa aprobados por la Contraloría General del Estado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017, en los cuales se formularon 137 recomendaciones (anexo 2).

Para el presente examen se consideró cuatro categorías en la calificación del cumplimiento de recomendaciones, así:

- 1. Cumple:** Corresponde aquellas recomendaciones que la entidad ha evidenciado con medios de verificación la ejecución de acciones para su implementación.
- 2. No Aplicable:** Corresponde aquellas recomendaciones que por modificaciones del marco legal interno no fueron implementadas en las unidades administrativas.
- 3. No Analizada:** Corresponde aquellas recomendaciones que durante el período de alcance de la acción de control no se presentaron operaciones administrativas y financieras, para confirmar su cumplimiento.
- 4. No cumple:** Corresponden aquellas recomendaciones que no presentaron documentación que demuestre su cumplimiento.

Del análisis efectuado se determinó que se cumplieron 92 recomendaciones que representan el 67,15%, (anexo 3); no fueron analizadas 3 que equivalen al 2,19%, (anexo 4), no fueron aplicables 4 que equivalen al 2,92%, (anexo 5); y no se cumplieron 38 que corresponden al 27,74%, como se detalla a continuación:

Once of

N°	N° de Informe	Fecha aprobación	Cumple		No Analizada		No Aplicable		No Cumple		Total Recomen. = a+b+c+d
			N°. Recomen. (a)	Detalle	N°. Recomen. (b)	Detalle	N°. Recomen. (c)	Detalle	N°. Recomen. (d)	Detalle	
1	DAI-AI-0032-2017	2017-01-23	1	6	0		0		5	1, 2, 3, 4, 5	6
2	DR1-DPGY-AE-0020-2017	2017-02-06	1	1	0		0		0		1
3	DR3-DPP-AE-0002-2017	2017-02-06	1	1	0		0		0		1
4	DR9-DPC-AE-0002-2017	2017-02-08	22	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	0		0		0		22
5	DR4-DPL-AE-0016-2017	2017-02-16	1	1	0		0		0		1
6	DAI-AI-0117-2017	2017-02-23	1	7	1	6	0		5	1, 2, 3, 4, 5	7
7	DAI-AI-0146-2017	2017-03-21	12	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	0		0		1	4	13
8	DR1-DPGY-AE-0052-2017	2017-03-28	1	1	0		0		0		1
9	DAI-AI-0205-2017	2017-05-24	4	2, 3, 4, 6	0		1	5	1	1	6
10	DAI-AI-0199-2017	2017-05-24	7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	0		0		0		7
11	DAI-AI-0218-2017	2017-05-24	10	1, 6, 8, 9, 13, 17, 18, 19, 20, 21	2	10, 11	0		9	2, 3, 4, 5, 7, 12, 14, 15, 16,	21
12	DR8-DPN-AE-0009-2017	2017-05-24	3	5, 6, 7	0		0		4	1, 2, 3, 4	7
13	DR6-DPB-AE-0008-2017	2017-05-29	5	1, 3, 5, 6, 7	0		0		2	2, 4	7
14	DAI-AI-0219-2017	2017-05-30	6	3, 4, 5, 6, 7, 8	0		0		4	1, 2, 9, 10	10
15	DAPyA-AI-0006-2017	2017-06-23	8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10	0		2	8, 9	0		10
16	DR1-DPEO-AE-0014-2017	2017-07-07	1	1	0		0		0		1
17	DR7-DPI-AE-0029-2017	2017-08-30	3	1, 2, 3	0		1	5	1	4	5
18	DR8-DPS-0003-2017	2017-12-06	5	1, 2, 6, 10, 11	0		0		6	3, 4, 5, 7, 8, 9	11
TOTAL RECOMENDACIONES			92		3		4		38		137
PORCENTAJE			67,15%		2,19%		2,92%		27,74%		

Recomendaciones incumplidas

Se determinó que 38 recomendaciones fueron incumplidas, conforme se describen en cada uno de los Informes detallados a continuación:

Informe DAI-AI-0032-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial "A LOS PROCESOS PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS; REGISTRO,

Doc #1

UTILIZACIÓN Y DESTINO; Y, A LA RECEPCIÓN, CONTROL Y ENTREGA DE MEDICINAS EN BODEGA Y FARMACIA EN EL HOSPITAL DE MILAGRO” por el período comprendido entre el 1 de mayo de 2014 y el 30 de abril de 2016, aprobado por la Directora de Auditorías Internas, encargada, el 23 de enero de 2017 y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 05165-DAI el 22 de febrero de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-0273, 0274, 0275 y 0276-ME de 23 de febrero de 2017, puso en conocimiento el mencionado informe al Director Administrativo – Hospital General Milagro, a la Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, al Presidente del Consejo Directivo del IESS y al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargado, respectivamente.

El Planificador - 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-2016-010-FDQ de 29 de abril de 2016, mediante memorando IESS-DG-2017-0521-M de 8 de marzo de 2017, notificó al Director Administrativo – Hospital General Milagro, las 6 recomendaciones, con la finalidad de que remita la información y sustentos de su aplicación; determinándose que de las 6 recomendaciones 1 fue implementada; y, 5 no fueron cumplidas.

El Director Administrativo del Hospital General - Milagro, con memorando IESS-HG-MI-DA-2018-0165-M de 30 de enero de 2018, solicitó a la Oficinista - Responsable de Compras Públicas de Hospital General Milagro, al Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General; y, al Responsable del Área de Farmacia del Hospital General Milagro, presentar la información y los sustentos respectivos del cumplimiento de las recomendaciones 1, 2, 3, 4 y 5.

Recomendaciones 1, 2 y 3

“... Adquisición de insumos de imagenología por régimen especial RE-HIESSM-005-16 no cumplió requisitos establecidos en la normatividad legal.- Al Director Administrativo del Hospital General Milagro.- 1. Dispondrá y vigilará que los miembros de las comisiones de revisión de ofertas, previo a la calificación de las ofertas confirmen la veracidad de la documentación presentada, verifiquen los requisitos mínimos exigidos en los pliegos, a fin de que las adjudicaciones se realicen a aquellos oferentes que cumplan con sus obligaciones. De igual forma lo considerará en los procesos que por su naturaleza, le corresponda como máxima autoridad adjudicar (...).”

Tico

“... Adquisiciones de bienes y servicios sin certificación de constar en el PAC y en catálogo electrónico.- Al Director Administrativo del Hospital General Milagro.- 2. Dispondrá al Responsable de Adquisiciones que previo al inicio de un proceso de compra, deberá consultar que los bienes y servicios a adquirirse consten en catálogo electrónico y detallados en el PAC, a fin de certificar que el objeto a adquirirse no se encuentre catalogado, justificando el empleo de otro procedimiento de contratación; y, que los bienes y servicios se describan conforme al PAC y no solo se consigne el número de la partida presupuestaria (...).”

“... Falta de procedimientos de contratación por autoridad competente.- Director Administrativo del Hospital General Milagro.- 3. Durante la ejecución de los procedimientos de contratación de bienes y servicios, deberá establecer en la convocatoria que consta en los pliegos las fechas de control del proceso; emitirá la resolución que justifique la necesidad de adquirir directamente bienes y servicios por razones de funcionalidad para acogerse al procedimiento de Régimen Especial; y designará al Vocal Técnico para que integre la Comisión de entrega recepción, acorde los bienes o servicios a recibirse, lo que permitirá disponer con el criterio técnico que respalde a la comisión de recepción sobre el cumplimiento de los proveedores sobre las especificaciones técnicas de los insumos médicos, materiales de curación, prótesis, entre otros; establecidas en los pliegos que formaron parte de los contratos; y, en caso de incumplimiento tomar las acciones establecidas en el contrato, que los participantes en los procesos de contratación dispongan de las fechas establecidas para las fases del proceso precontractual; que se disponga los fundamentos que justifiquen la necesidad de adquirir insumos directamente a los proveedores por razones de funcionabilidad mediante los procesos de régimen especial; y, que se garantice la participación de otros proveedores, el trato justo, igualdad y calidad (...).”

Situación actual:

La Directora Administrativa del Hospital General de Milagro, encargada, con memorando IESS-HG-MI-DA-2022-0926-M de 14 de abril de 2022, adjuntó el detalle de CUR de pagos de las adquisiciones de bienes y servicios normalizados y no normalizados, procesos de subasta inversa electrónica y de régimen especial, efectuados durante el período analizado.

De la revisión de los procesos de Subasta Inversa Electrónica, se tomó una muestra de 31 procesos, en los cuales se evidenció las siguientes novedades (anexo 6): 31 procesos no cuentan con documentación que demuestre que verificaron la veracidad de las ofertas, previo a su calificación; en 6 procesos no demostraron que se adquirieron conforme al PAC o Términos de Referencia; 18 procesos no cuentan con la certificación de constancia en el PAC; en 1 proceso, el resultado de la calificación, no corresponde al proceso; y, 10 procesos no contaron con la Certificación de

Colaborar

Catálogo Electrónico, incumplimiento las recomendaciones 1 y 2. Adicionalmente, de los 4 procesos analizados, efectuados por Régimen Especial, se determinaron las siguientes observaciones: en 2 procesos, no constaron la justificación de la necesidad; en 3 procesos, la Convocatoria; y, 1 proceso, la designación de Vocal Técnico, para que integre la Comisión de entrega recepción, incumpliendo lo determinado en la recomendación 3.

Con oficio 0574-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 2 de junio de 2022, respectivamente, se requirió al Director Administrativo del Hospital General - Milagro IESS; y con oficio, 0613-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 8 de junio de 2022 al Abogado 2 Hospital General Milagro - Responsable de Compras Públicas, información del cumplimiento de las recomendaciones 1, 2 y 3, sin recibir respuesta.

La Oficinista - Responsable de Compras Públicas de Hospital General con Oficio APLP-002-2022 de 24 de junio de 2022, adjuntó los documentos: Informe de Satisfacción Definitivo, Acta de Entrega Recepción, documento de notificación del Administrador de Contrato y Vocal Técnico, correspondientes al proceso RE-HIESSM-029-17, con el cual se adquirió el fármaco Tiotropio Bromuro 22.5 mcg; sin embargo, no remitió evidencia documental que justifique que el bien no estuvo registrado en catálogo electrónico y que constó en el PAC 2017.

La falta de implementación de las recomendaciones 1, y 2 del informe DAI-AI-0032-2017, por parte de los Directores Administrativos del Hospital General - Milagro, encargado y titulares, en funciones entre el 11 de abril y el 22 de agosto de 2017; entre el 23 de agosto y el 13 de diciembre de 2017; entre el 14 de diciembre de 2017 y el 2 de mayo de 2018; y entre el 19 de noviembre de 2018 y 19 de julio de 2020; quienes no dispusieron ni controlaron a los miembros de las comisiones de revisión de ofertas, que en los expedientes de los procesos de adquisición de bienes, conste los sustentos que certifiquen la veracidad de los documentos incluidos en las respectivas ofertas, previo a su calificación, ni supervisaron que los Responsables de Compras Públicas, respalden las consultas realizadas en el catálogo electrónico y verifiquen que se encuentren conforme a lo programado en el PAC de 2017 al 2021, lo que ocasionó que se adjudiquen procesos de compra de fármacos a proveedores que no cumplieron con los requisitos establecidos en los pliegos, especificaciones técnicas y PAC; que persistan las deficiencias reveladas y no se mejore el control interno de la entidad.

Quince

La falta de implementación de la recomendación 2 del informe DAI-AI-0032-2017, por parte de la Auxiliar de Estadística Hospital General IESS Milagro - Responsable de Compras Públicas en funciones entre 1 de enero y el 13 de junio de 2017, la Oficinista-Responsable de Compras Públicas, en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 26 de febrero de 2018; el Abogado 2 Hospital General Milagro - Responsable del Departamento de Compras Públicas en funciones entre el 3 de diciembre de 2018 y el 28 de septiembre de 2019, y del 3 de diciembre de 2019 al 16 de junio de 2020, quienes no respaldaron las consultas realizadas en el catálogo electrónico de los fármacos adquiridos, ni verificaron que se encuentren conforme a lo programado en el PAC; lo que ocasionó, que no se cumplan con los procedimientos de contratación establecidos en el PAC y dispuestos por el SERCOP; que persistan las deficiencias reveladas y no se mejore el control interno de la entidad.

La falta de implementación de la recomendación 3 del informe DAI-AI-0032-2017, por parte de los Directores Administrativos del Hospital General - Milagro, encargado y titulares, en funciones entre el 23 de agosto y el 13 de diciembre de 2017; entre el 14 de diciembre de 2017 y el 2 de mayo de 2018; y entre el 19 de noviembre de 2018 y 19 de julio de 2020 quienes no observaron que en los procesos de Régimen Especial conste la documentación de la convocatoria, la resolución de la necesidad y la designación del Vocal Técnico, para que integre la Comisión de entrega recepción, lo que ocasionó que se efectúen Procesos de Régimen Especial sin tener justificación de la necesidad de adquirir insumos directamente a los proveedores; que persistan las deficiencias reveladas y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 4

“... Ausencia de medidas de control para el manejo de materiales e insumos médicos en bodega general.- Al Director Administrativo del Hospital General Milagro.- 4 Dispondrá al Guardalmacén que legalice y registre en los sistemas informáticos los despachos realizados a los pacientes, informe a los médicos especialistas sobre la existencia en la bodega de los instrumentos de biopsias y de los inmovilizadores rígidos de rodilla, entre otras medidas; y, otras medidas de control para el registro, utilización y destino de los materiales e insumos médicos que se mantienen en bodega general, lo (sic) permitirá mantener control de los bienes de la institución (...).”

Situación actual:

La Directora Administrativa del Hospital General de Milagro, encargada, con memorando IESS-HG-MI-DA-2022-1125-M de 29 de abril de 2022, remitió el

Deuseis A

memorando IESS-HG-MI-BG-2022-0091-M de 27 de abril de 2022 del Responsable de Bodega General, Hospital General Milagro e informó lo siguiente:

"...se ingresa al sistema AS400 las compras recibidas en nuestra unidad hospitalaria de dispositivos médicos... bodega general no entrega dispositivos a los pacientes, se entrega a las diferentes áreas según lo solicitado registrando en el sistema AS400... las medidas de control de los insumos médicos que se a (sic) realizado para evitar que estos se caduquen han sido informados a cada responsable de área para su conocimiento y rotación (...)"

Así también, la Enfermera Responsable del Centro Quirúrgico del Hospital General Milagro, con memorando IESS-HG-MI-EN-2022-0503-M de 27 de abril de 2022, señaló lo siguiente:

"...informo que la información que se encuentra bajo mi competencia se encuentra en el sistema AS400, por lo que adjunto los respaldos del "kardex de centro quirúrgico" de los inmovilizadores rígidos de rodilla, los cuales fueron solicitados al área de bodega general para luego ser facturados a los pacientes por medio de los instrumentistas asignados al quirófano de traumatología (...)"

Sin embargo, de lo expuesto, no remitieron evidencia documental con la cual se notificó a los médicos especialistas, sobre la existencia de instrumentos de biopsias e inmovilizadores rígidos de rodilla, en la bodega general.

Adicionalmente, en el reporte de "Consulta de Inventarios", generado en el sistema MIS AS400, se determinó que de los dispositivos médicos tomados como muestra y que fueron transferidos a la "BODEGA DE CUARENTENA", las siguientes novedades: del ítem "RECIPIENTE PARA BIOPSIA DE 60CC CON FORM", 6 unidades, caducaron el 1 de diciembre de 2019; del ítem "AGUJA PARA BIOPSIA PROMAG 18 G, 16", 8, 68 y 351 unidades caducaron el 1 de noviembre de 2019, 1 de abril, 1 de mayo de 2020, respectivamente; y, del ítem "AGUJA DE BIOPSIA EVALUACION (sic) CITOLOGICA (sic) 22G X 15 CM", 6 unidades caducaron el 1 de noviembre de 2019; evidenciando que no implementaron medidas de control para establecer la existencia y despacho de los dispositivos médicos.

Con oficio 574-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 2 de junio de 2022, se requirió al Director Administrativo del Hospital General - Milagro IESS, información del cumplimiento de la recomendación 4, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de la recomendación 4 del informe DAI-AI-0032-2017, por parte de los Directores Administrativos del Hospital General - Milagro encargado y

Diccionario 14

titulares, en funciones entre el 11 de abril y el 22 de agosto de 2017; entre el 23 de agosto y el 13 de diciembre de 2017; y, entre el 14 de diciembre de 2017 y el 2 de mayo de 2018; quienes no controlaron que el Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable de Bodega Área de Bodega General, en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 4 de mayo de 2018; remita los informes a los Médicos Especialistas, sobre la existencia en la bodega de los instrumentos de biopsias y de los inmovilizadores rígidos de rodilla, tampoco gestionaron el canje de dispositivos médicos próximos a caducarse; y, la Directora Administrativa del Hospital General – Milagro en funciones entre el 19 de noviembre de 2018 y 19 de julio de 2020; no dispuso a los servidores que desempeñaron las funciones Responsable de Bodega General el cumplimiento de la recomendación 4; lo que ocasionó que se trasladen y se mantengan dispositivos médicos caducados en la bodega de cuarentena, que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 5

“... No se realizó la entrega recepción de las recetas que respalden el despacho de medicinas de farmacia.- Al Director Administrativo del Hospital General Milagro.- 5. Dispondrá a la Responsable de Farmacia, implemente un sistema de archivo de las recetas, así como realice el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, conjuntamente con un delegado del Departamento Financiero; y, en caso de existir novedades solicite a la responsable de la farmacia saliente con período de gestión desde el 1 de mayo de 2014 hasta el 11 de marzo de 2015, los justificativos correspondientes, dejando constancia de esta diligencia una acta debidamente legalizada, lo que les permitirá disponer de la documentación para la verificación de la propiedad, legalidad y veracidad de la dispensación de medicinas a los pacientes por un monto de 4 214 148,03 USD (...).”

Situación actual:

El Responsable del Área de Farmacia del Hospital General Milagro, con memorando IESS-HG-MI-F-2017-0803-M de 19 de julio de 2017, requirió al Director Administrativo Hospital General Milagro y al Director Médico - del Hospital General Milagro; y, con memorando IESS-HG-MI-F-2017-0806-M de 20 de julio de 2017, solicitó a la Oficinista y Auxiliar de Servicios, se realice el Arqueo de Recetas para el control interno y dar cumplimiento a las recomendaciones de auditoría; ante el referido requerimiento el Auxiliar de Servicios Hospital General Milagro, con memorando IESS-HG-MI-JF-2017-0536-M de 15 de agosto de 2017, sin firma, remitió el informe del arqueo realizado el

Dieciodo

20 y 21 de julio de 2017, en el cual señala que se detectaron inconsistencias, en el proceso de descarga y manipulación de las recetas; sin embargo, no se evidenció que efectuó el inventario de las recetas despachadas, durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015; tampoco, remitieron el documento con el cual implementaron y socializaron el sistema de archivo de recetas.

Con oficios 0574, 0579 y 0581-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 2 de junio de 2022, respectivamente, se requirió a los Directores Administrativos del Hospital General Milagro; y a los Responsables de Farmacia, información del cumplimiento de la recomendación 5, sin recibir respuesta.

El Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 – Responsable de Área de Farmacia del Hospital General Milagro con oficio FARMAGEN-2022-001 de 14 de junio de 2022, informó que con memorando IESS-HG-MI-F-2018-0413-M de 4 de abril de 2018, comunicó al Director Administrativo del Hospital General Milagro, que los responsables de períodos anteriores no entregaron la documentación que sustente la veracidad de las medicinas entregadas a los pacientes por 4 214 148,93 USD; también, detalló el proceso de control de recetas que implementó; sin embargo, no se evidenció que este fue aprobado por la autoridad competente del Nosocomio ni socializado a todos los Responsables de Farmacia; tampoco evidenció el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015.

La Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 Hospital General de Milagro-Responsable de Área de Farmacia mediante correo electrónico de 13 de junio de 2022 adjuntó documentación que no tuvo relación, con la elaboración del inventario de las recetas despachadas en el período de 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015.

El Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 – Responsable de Área de Farmacia del Hospital General Milagro en funciones entre el 26 de noviembre de 2018 y el 17 de mayo de 2021, mediante correo electrónico de 15 de junio de 2022, adjuntó documentación de las acciones realizadas durante su período de gestión, y el documento denominado Anexo 12 " *ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN: RECETAS DEL ÁREA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS*", sin embargo, no se identificó la realización del inventario de recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, ni del sistema de archivo de las recetas que implementaron en el área de farmacia.

Diana Nuñez M

Lo expuesto por los Químicos / Bioquímicos Farmacéuticos 3, quienes cumplieron las funciones de Responsable de Área de Farmacia, evidenció que no efectuaron las actividades para el cumplimiento de la recomendación 5.

La falta de implementación de la recomendación 5, por parte de los Directores Administrativos del Hospital General de Milagro titulares y encargados, en funciones entre el 11 de abril y el 22 de agosto de 2017; entre el 23 de agosto y el 13 de diciembre de 2017; entre el 14 de diciembre de 2017 y el 2 de mayo de 2018; entre el 7 de junio y el 16 de noviembre de 2018; entre el 19 de noviembre de 2018 y 19 de julio de 2020; y, entre el 20 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021; quienes no supervisaron a los Químicos / Bioquímicos Farmacéuticos 3 del Hospital General - Milagro - Responsables del Área de Farmacia en funciones entre el 18 de enero de 2017 y el 4 de mayo de 2018; entre el 4 de mayo y el 23 de noviembre de 2018; entre el 21 de octubre de 2020 y el 6 de mayo de 2021; y, el Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 Hospital General de Milagro - Responsable de Farmacia en funciones entre el 26 de noviembre de 2018 y el 19 de octubre de 2020; servidores que a su vez no realizaron el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, tampoco, emitieron el acta de la constatación debidamente legalizada, ni implementaron el sistema de archivo de recetas; lo que ocasionó que los despachos de medicinas realizados a los pacientes entre el 1 de mayo de 2014 y el 11 de marzo de 2015, no dispongan de los documentos que respalden la legalidad y veracidad; y, que persista la deficiencia y no se mejore el control interno de la entidad.

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 las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios del 0655 al 0660, 0664, 0668, 0674 al 0676-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 13 de junio de 2022, y con oficios 0687 y 0688-0004-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 15 de junio de 2022, se comunicó resultados provisionales a los Directores Administrativos del Hospital General de Milagro IESS, encargado y titulares, al Oficinista - Responsable de Compras Públicas de Hospital General Milagro, al

Veinte por

Abogado 2 Hospital General Milagro - Responsable del Departamento de Compras Públicas, a los Químicos / Bioquímicos Farmacéutico 3 del Hospital General - Milagro - Responsables del Área de Farmacia y al Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General, en su orden, recibiendo las siguientes respuestas:

La Directora Administrativa del Hospital General - Milagro en funciones entre el 19 de noviembre de 2018 y el 19 de julio de 2020, mediante oficio Of. Ext. 015-2022 de 14 de junio de 2022, adjuntó documentación con las cuales se emitieron disposiciones para el cumplimiento de las recomendaciones; y, memorando del Responsable de Farmacia y Compras Públicas informado el cumplimiento de las recomendaciones 1 y 2, respectivamente.

El Director Administrativo del Hospital General - Milagro en funciones entre el 7 de junio de 2018 y el 16 de noviembre de 2018, mediante comunicación de 21 de junio de 2022, expuso que los hechos relatados en la comunicación de resultados, no corresponde a su periodo de gestión.

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por el equipo de auditoría, por cuanto no remitió el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, efectuado por los Responsables de Farmacia, ni la implementación de un sistema de recetas médicas.

La Directora Administrativa del Hospital General Milagro en funciones entre el 23 de agosto de 2017 y el 13 de diciembre de 2017, mediante comunicación de 22 de junio de 2022, informó:

"... debo indicar que para cada proceso de contratación pública y régimen especial ...se conformaron y designaron las respectivas Comisiones Técnicas, administradores de contrato y vocal técnico, lo cual consta en cada una de las Resoluciones Administrativas de Inicio de proceso.- La comisión por medio de acta de calificación de ofertas pone a conocimiento e informa a la Dirección Administrativa el cumplimiento de integridad, veracidad, requisitos de las ofertas y de parámetros de calificación, previo a la adjudicación de cada proceso.- ... en el Memorando No. IESS-HG-MI-BG-2017-0220-M se autorizó el inventario de bodega general con el fin de mantener los inventarios actualizados (...)"

El Director Administrativo del Hospital General - Milagro en funciones entre el 14 de diciembre de 2017 y el 2 de mayo de 2018, mediante comunicación de 24 de junio de

Veristimo, p

2022, remitió el memorando IESS-HG-MI-DA-2018-0080-M de 16 de enero de 2018, con el cual informó al Director Provincial Guayas la designación del vocal técnico para el proceso RE-HIESS-028-2017; y, con memorando IESS-HG-MI-DA-2018-0165-M de 30 de enero de 2018, solicitó al Oficinista - Responsable de Compras Públicas de Hospital General Milagro, al Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Farmacia y el Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General, sustenten el cumplimiento de las recomendaciones 1, 2, 3, 4 y 5; en cuanto a los procesos de Subasta Inversa Electrónica que le corresponden a su período de actuación señaló que del proceso SIE-HIESSM-007-18 no disponía de los documentos y de los procesos SIE-HIESS-008-18 y SIE-HIESS-009-18, remitió los documentos de certificación de constancia en el PAC y verificación de ofertas; además, señaló que con memorando IESS-HG-MI-BG-2018-006-M de 4 de enero de 2018, el Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General informó al Director Médico del Hospital General Milagro los stocks críticos y ceros; adicional remitió los informes de inventarios realizados.

Lo citado por los Directores Administrativos del Hospital General de Milagro, no modifica lo comentado por auditoría, debido a que en los expedientes de los procesos de adquisición detallados en el comentario y realizados en sus respectivos períodos de actuación, no evidenciaron la certificación de veracidad de las ofertas previo a su calificación; no remitieron evidencia documental que previo al inicio de proceso los Responsables de Compras Públicas verificaron que los bienes y servicios a adquirir conste en el catálogo electrónico, y en el PAC; no remitieron informes emitidos por los Responsables de Bodega General a los Médicos Especialistas sobre las existencias de los instrumentos de biopsias y de los inmovilizadores rígidos de rodilla; tampoco entregaron el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, efectuado por los Responsables de Farmacia, ni la implementación de un sistema de recetas médicas.

El Abogado 2 Hospital General Milagro - Responsable del Departamento de Compras Públicas en funciones entre el 3 de diciembre de 2018 y el 28 de septiembre de 2019; y, entre el 3 de diciembre de 2019 y el 16 de junio de 2020; con oficio 001-2022-HAEC de 17 de junio de 2022, expuso que mediante memorando IESS-HG-MI-CP-2020-0028-M de 17 de febrero de 2020 remitió a la Oficinista, Hospital General Milagro,

Veintidos

delegada para dar seguimiento a las recomendaciones, algunos documentos relacionados a certificaciones de que constaban en el PAC y en Catálogo Electrónico.

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, debido a que, en los documentos remitidos, no evidenció que los procesos de contratación citados en el comentario y que fueron efectuados en su período de actuación, contaron con la certificación de catálogo electrónico y que consten en el respectivo PAC, por lo que las adquisiciones realizadas a través de Subasta Inversa Electrónica no se encuentran respaldadas.

La Directora Administrativa del Hospital General de Milagro en funciones entre el 20 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021, mediante oficio CR-Dra. AMMZ-0001-2022 de 17 de junio de 2022 informó que en cumplimiento de la recomendación 5 organizó adecuadamente la emisión de recetas en las áreas de farmacia con la finalidad de gestionar los arqueos correspondientes; además, remitió el memorando IESS-HG-MI-F-2020-0384-M de 18 de julio de 2020 suscrito por el Responsable de Farmacia, en el que solicitó un delegado de arqueo de recetas y convocó para el levantamiento y recuperación de recetas de años anteriores para el cumplimiento de la recomendación"; así también adjuntó el memorando IESS-HG-MI-DA-2021-0085-M de 14 de enero de 2021, con el cual informó al servidor de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la aplicación de la citada recomendación.

Lo expuesto por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto no adjuntó el acta debidamente legalizada que evidencie que se realizó la constatación de las recetas despachadas a los pacientes entre el 1 de mayo de 2014 y el 11 de marzo de 2015.

El Oficinista del Hospital General - Milagro -Responsable del Área de Bodega General en funciones entre 1 de enero de 2017 y el 4 de mayo de 2018, con comunicación de 21 de junio de 2022, informó sobre los lineamientos del manejo de insumos médicos, reportes de rotación; así también adjuntó capturas de pantalla de correos e informes con los cuales notificó la caducidad de ciertos dispositivos médicos; y, el memorando IESS-HG-MI-BG-2018-0006-M de 4 de enero de 2018 con el cual informó al Director Médico sobre los "stocks críticos y ceros" a diciembre de 2017.

Veinti tres de

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto, no evidenció que se reportó sobre la existencia de instrumentos de biopsias e inmovilizadores rígidos de rodilla, en la bodega general a los diferentes especialistas, tampoco las gestiones y controles efectuados para del canje de los referidos insumos previo a caducarse.

El Director Administrativo del Hospital General de Milagro, encargado, en funciones entre el 11 de abril y 22 de agosto de 2017 mediante comunicación de 20 de junio de 2022, remitió los memorandos IESS-HGM-PL-2017-0005, 0006 y 007-MFDQ de 20 y 24 de marzo de 2017, documentos generados sin utilizar el sistema de gestión documental Quipux, en los que dispuso a la Auxiliar de Estadística Hospital General IESS Milagro - Responsable de Compras Públicas, al Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General, y al Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Farmacia, el cumplimiento de las recomendaciones 1, 2, 3, 4 y 5; adicionalmente, informó que en cumplimiento de la recomendación 1, 2 y 3 los procesos mencionados en el informe no corresponde a su período de funciones; en relación a la recomendación 4 señaló que mantuvo un control de los bienes y adjuntó los documentos en que el Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General, solicitó a los proveedores el retiro y canje de los dispositivos caducados.

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría; por cuanto los procesos de contratación SIE-HIESSM-020-2017 y SIE-HIESSM-015-17 efectuados en su período de gestión, de los cuales no remitió documentación que evidencie la certificación de la veracidad de las ofertas recibidas, certificación de catálogo electrónico y PAC; tampoco, remitió los informes enviados a los Médicos Especialistas sobre la existencia en la bodega de los instrumentos de biopsias y de los inmovilizadores rígidos de rodilla; además, no remitió el Acta de inventario de las recetas despachadas durante el período de 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015; por lo que se incumplieron las recomendaciones 1, 2, 4 y 5.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 y 30 de junio de 2022, se recibieron las siguientes respuestas:

El Químico / Bioquímico Farmacéutico 3 – Responsable de Área de Farmacia del Hospital General Milagro en funciones entre el 26 de noviembre de 2018 y el 17 de mayo de 2021 mediante Of. Ext. Far. 006-2022 de 4 de julio de 2022, informó:

Veinti cuatro M

"... informo una vez más que el suscrito **NO RECIBIÓ INFORME, NI ARCHIVOS, NI INVENTARIO** concerniente a las recetas despachadas correspondiente al período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, por parte de la responsable de farmacia saliente (...)".

Lo expuesto no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto no realizó el inventario de las recetas despachadas entre el 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015, además, no evidenció que el sistema de archivo de las recetas que implementó en el área de farmacia fue aprobado por la autoridad competente ni socializó.

La Directora Administrativa del Hospital General Milagro en funciones entre el 20 de julio de 2020 y el 30 de junio de 2021, mediante oficio RBI-Dra.AMMZ-0003-2022 de 5 de julio de 2022 remitió información y documentos en términos similares a su respuesta de comunicación de resultados provisionales, por lo que no modifica el comentario de auditoría debido a que no adjuntó evidencia que realizó la constatación física de las recetas despachadas a los pacientes entre el 1 de mayo de 2014 y el 11 de marzo de 2015.

La Directora Administrativa del Hospital General – Milagro en funciones entre el 19 de noviembre de 2018 y 19 de julio de 2020; con oficio Of. Ext. 020-2022 de 5 de julio de 2022 informó que en relación al cumplimiento de las recomendaciones 1, 2, 3, 4 y 5, emitió disposiciones a la servidora responsable de seguimiento de recomendaciones y a los servidores responsables de compras públicas, responsables de bodega general y farmacia para el cumplimiento de las recomendaciones.

Lo expuesto por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto; no se evidenció que en los procesos de Subasta Inversa Electrónica y de Régimen Especial, determinados en la muestra cuentan con la certificación PAC y de Catálogo Electrónico ni fundamentos que justifiquen la necesidad de adquirir insumos directamente a los proveedores por razones de funcionabilidad; tampoco remitió documentos que demuestre que los responsables de Bodega General hayan emitido informes a los médicos especialistas sobre la existencia en la bodega de los instrumentos de biopsias y de los inmovilizadores rígidos de rodilla y que los responsables de farmacia hayan realizado el inventario de las recetas despachadas durante el período del 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015.

Verónica Cárdenas

La Directora Administrativa del Hospital General Milagro en funciones entre el 23 de agosto de 2017 y el 13 de diciembre de 2017, mediante comunicación de 7 de julio de 2022 informó que dispuso al Oficinista del Hospital General - Milagro - Responsable del Área de Bodega General y a la Oficinista - Responsable de Compras Públicas de Hospital General Milagro con memorandos 0148 y 0158-HGM-DA-2017-MI de 10 y 25 de noviembre de 2017, el cumplimiento de las recomendaciones a los lineamientos de contratación pública y solicitó se informe a las áreas médicas los fármacos e insumos médicos que estén próximos a caducarse, caducados y baja rotación; además, señaló que los procesos de compra que se tomó de muestra y las recetas despachadas entre el 1 de mayo de 2014 al 11 de marzo de 2015 no le corresponden a su período de actuación.

Lo expuesto por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no remitió evidencia documental, del control a los miembros de la comisión técnica respecto a la emisión del certificado de verificaron de la veracidad de las ofertas, tampoco, remitió el documento con el cual supervisó a los Responsables de Compras Públicas que respalden las consultas realizadas en el catálogo electrónico y se encuentre conforme al PAC ni informó que en los procesos de régimen especial designó un vocal técnico para que integre la comisión de entrega recepción; además, no realizó la constatación física de las recetas despachadas.

El Director Administrativo del Hospital General Milagro, encargado en funciones entre el 11 de Abril de 2017 y el 22 de agosto de 2017, mediante comunicación de 7 de julio de 2022, informó en términos similares la respuesta a la comunicación de resultados provisionales, por lo que no modifica el comentario de auditoría.

Informe DAI-AI-0117-2017

El informe fue emitido como producto del examen *especial* "A LOS PROCESOS PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS; REGISTRO, UTILIZACIÓN Y DESTINO EN LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL GUAYAS", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de mayo de 2016, aprobado por la Directora de Auditorías Internas, encargada, de la Contraloría General del Estado el 23 de marzo de 2017 y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante

Veintiseis M

oficio 08280-DAI de 31 de enero de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-0494, 495 y 496-ME de 29 de marzo de 2017, remitió el referido informe a la Directora Provincial del IESS Guayas, al Presidente del Consejo Directivo del IESS y a la Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, respectivamente.

El Planificador - 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-2016-010-FDQ de 29 de abril de 2016, mediante memorando IESS-DG-2017-0741-M de 11 de abril de 2017, notificó al Responsable del Grupo de Trabajo de Contabilidad encargado, la aplicación de la recomendación 7; con memorandos IESS-DG-2017-0744, 745 y 746-M de 12 de abril de 2017, notificó al Guardalmacén la aplicación de la recomendación 4, a la Directora Provincial del IESS Guayas las recomendaciones 1 y 2; a la Subdirectora Provincial de la Subdirección de Servicios Corporativos IESS Guayas, encargada, la aplicación de la recomendación 3, 5, y 6, respectivamente; determinándose que de las 7 recomendaciones 1 se implementó, 1 no fue analizada por no presentarse operaciones administrativas ni financieras para confirmar su cumplimiento y 5 no se implementaron, como se detalla a continuación:

Recomendación 1

“... Bienes adquiridos embodegados sin uso.- A la Directora Provincial del IESS-Guayas.- 1. Circularizará a las diferentes áreas administrativas y de ser necesario a otras unidades del IESS, dando a conocer, los bienes que se encuentran embodegados sin uso, con el fin de que dichos bienes sean utilizados, de cuya acción se dará a conocer al Responsable de Activos Fijos para el correspondiente registro y control (...).”

Situación actual:

El Director Provincial Guayas, el Coordinador Provincial Administrativo Financiero Guayas, el Responsable Administrativo e Infraestructura Guayas, Guardalmacén, el Responsable de Gestión de Activos, Oficinista Administrativo e Infraestructura Guayas, y el Asistente Administrativo HTMC, se constituyeron el 25 de septiembre de 2020 con el objetivo de realizar la inspección previa de los activos fijos y según su estado, establecer la respectiva forma de egreso, para lo cual suscribieron el acta de transferencia gratuita; posteriormente, el Director Provincial Guayas, con memorando

Veintisiete

IESS-DPG-2020-2795-M de 30 septiembre de 2020, en cual informó *que se han receptado solicitudes de: Fundación "DIOS ABRE BRECHA Y CAMINO", Fundación "TIERRA LIMPIA", Fundación "SOLIDARIDAD, AYUDA Y ESPERANZA FUN.SAES", Dirección Distrital 09D14 Isidro Ayora Lomas de Sargentillo Pedro Carbo – Educación, y la Dirección Distrital 09D12 Balao – Naranjal – Educación..."*, para que se les considere beneficiarias de los activos fijos de la Dirección Provincial.

La Subdirectora Nacional Administrativa con memorando IESS-SDNA-2020-2359-M de 8 de octubre de 2020, remitió al Director Provincial del Guayas, la Resolución Administrativa IESS-SDNA-2020-0002-TG de 25 de septiembre de 2020, con el fin de que la comisión designada, concluya con el proceso para la transferencia gratuita de los activos sin uso de propiedad de la Dirección Provincial del Guayas.

No obstante, de lo expuesto, no se presentó documentación que evidencie que el Director Provincial del Guayas, informó a las diferentes unidades administrativas; y, de ser necesario a otras unidades del IESS, de la existencia de bienes embodegados y sin uso, para que proceda con el traspaso de los mismos; tampoco los motivos por los cuales no se finalizó el proceso de transferencia gratuita de los bienes sin uso.

Con oficios 0593, 0594 y 0595-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 3 de junio de 2022, se requirió a los Directores Provinciales Guayas, información del cumplimiento de la recomendación, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de la recomendación 1 del informe DAI-AI-0032-2017 por parte de la Directora Provincial Guayas, encargada, en funciones entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017; y los Directores Provinciales Guayas en funciones entre el 1 de julio de 2017 y el 4 de abril de 2019, y entre el 5 de abril de 2019 y el 4 de mayo de 2020; quienes no circularizaron ni informaron a las diferentes áreas administrativas y unidades del IESS, respecto de los bienes que se encontraban embodegados y sin uso, en su lugar iniciaron el proceso para la transferencia gratuita de los activos sin uso, actividad que no concluyó; lo que ocasionó que los bienes adquiridos se sigan deteriorándose, que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

Veintiocho

Recomendaciones 2 y 3

“... Bienes adquiridos embodegados sin uso.- A la Directora Provincial del IESS Guayas.- 2. Dispondrá a los Responsables de las áreas requirentes que previo a solicitar la adquisición de un bien o servicio, se justifique su necesidad de compra, con estudios y respaldos suficientes de las áreas requirentes; para evitar compras innecesarias que afecten los recursos institucionales y que queden almacenados sin uso en la bodega; todos estos documentos deberán ser enviados al Responsable de Compras Públicas, para que sean incluidos en el expediente del proceso precontractual (...).”

“... Al Subdirector Provincial de Servicios Corporativos del IESS – Guayas.- 3. Dispondrá al Responsable de Compras Públicas, que al recibir la disposición para el inicio del proceso precontractual, verifique que consten todos los documentos de respaldos que justifiquen las necesidades de las áreas, caso contrario, devolverá o solicitará a las áreas encargadas de la consolidación de los requerimientos de adquisiciones de bienes, completar el expediente con información suficiente, competente y relevante que sustente la compra y garantice el uso de los recursos institucionales (...).”

Conforme al Reglamento Orgánico Funcional del IESS emitido mediante Resolución C.D. 535, publicado en el R.O. Edición Especial 5 de 1 de junio 2017, se derogó la Resolución C. D. 457, publicada en R.O. Suplemento 45 del 30 de agosto de 2013; en el cual se establecieron las atribuciones y responsabilidades de la Coordinación Provincial Administrativa Financiera.

El Coordinador Provincial Administrativo Financiero, con memorando IESS-CPAFG-2022-1214-M de 7 de junio de 2022, en relación al cumplimiento de las recomendaciones 2 y 3, expuso lo siguiente:

“... Mediante memorando IESS-CPAFG-2019-0553-M de 06-03-2019, el Ex-Coordinador Provincial Administrativo financiero dispuso evidencien el cumplimiento de las recomendaciones citadas.- Mediante memorando IESS-CPG-2019-0297-M de 19-03-2019, la Ex-Responsable de compras publicas (sic) informa el cumplimiento de la recomendacion (sic).- Mediante memorando IESS-CPG-2022-0480-M de 07-06-2022 la Responsable de compras publicas (sic) remite la información de los procesos de contratacion (sic) solicitados (...).”

De la revisión efectuada a la mencionada documentación, se evidenció que:

- En el memorando IESS-CPAFG-2019-0553-M de 6 de marzo de 2019, se detallaron las recomendaciones 1, 2, 4 y 7; y, se solicitó que, dentro del ámbito de

Ventinueve

sus competencias, remitan información que evidencie el cumplimiento de las mismas.

- En el memorando IESS-CPG-2019-0297-M de 19 de marzo de 2019, la Responsable de Compras Públicas, en lo referente a la recomendación 2, señaló que se evidenciaba el cumplimiento, ante lo cual remitió el stock de bodega de suministros de oficina; sin embargo, no entregó documentos que evidencien que los procesos de adquisición contaron con la respectiva justificación de la necesidad.
- En el memorando IESS-CPG-2022-0480-M de 7 de junio de 2022, la actual Responsable de Compras Públicas, informó que de los 4 procesos solicitados, ninguno contenía el "*Informe de justificación de necesidad*"; además, que en 2 procesos existían los informes técnicos de vialidad y que en éstos se detallaban los documentos que integraban el expediente preparatorio. De la revisión efectuada a los referidos informes se evidenció que no constaba la documentación que formaba parte del expediente preparatorio; además, no justificaron la necesidad de compra, puesto que no se conoció la fuente a base de la cual determinaron el número de bienes a adquirir, tampoco adjuntaron los respaldos de los estudios de mercado para el establecimiento del presupuesto referencial.

Con oficios 0593, 0594 y 0595-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 3 de junio de 2022, se requirió a los Directores Provinciales Guayas; y con oficio 0618-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 8 de junio de 2022, a la Coordinadora Provincial Administrativa Financiera Guayas, información del cumplimiento de las recomendaciones 2 y 3, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de las recomendaciones 2 y 3 del informe DAI-AI-0117-2017 por parte de la Directora Provincial Guayas, encargada, en funciones entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017; y los Directores Provinciales Guayas en funciones entre el 1 de julio de 2017 y el 4 de abril de 2019; y entre el 5 de abril de 2019 y el 4 de mayo de 2020; quienes no dispusieron, ni controlaron que los Responsables de Compras Públicas, verifiquen que previo al inicio de un proceso de contratación, las áreas requirentes justifiquen la necesidad de compra con los respaldos como son estudios previos; además, la Subdirectora Provincial de Servicios Corporativos

Trecinta

Guayas, encargada en funciones entre el 1 de enero y el 5 de mayo de 2017; los Coordinadores Provinciales Administrativos Financieros Guayas titular y encargado en funciones entre el 6 de mayo y el 12 de julio de 2017; y, entre el 3 de agosto de 2017 y el 29 de mayo de 2019; no dispusieron, ni controlaron que la Responsable de Compras Públicas, previo al inicio de los procesos de contratación verifique la existencia de todos los documentos de respaldo que justifiquen la necesidad de compra de las áreas requirentes; lo que ocasionó que no se cuente con información que sustente la compra y garantice el uso de los bienes adquiridos, que persista la deficiencia revelada y no se fortalezca el control interno de la entidad.

Recomendación 4

“... Bienes adquiridos embodegados sin uso.- Al Guardalmacén de la Bodega del IESS – Guayas.- 4. Una vez efectuada la entrega recepción por parte del proveedor, como Responsable de su recepción y custodia, coordinará con el Administrador del Contrato y procederá al registro en el sistema de inventario de bodega, su distribución a las áreas requirentes y en el caso de no ser retirados estos bienes, procederá a comunicar a su inmediato superior, para su utilización (...).”

El Coordinador Provincial Administrativo Financiero Guayas, con memorando IESS-CPAFG-2022-1230-M de 9 de junio de 2022, informó al Director Provincial del Guayas, la respuesta proporcionada por el Responsable Administrativo e Infraestructura Guayas, en relación a la recomendación 4, con las siguientes novedades:

- De los 9 procesos de contratación detallados, en 2 de ellos, los bienes adquiridos, no ingresaron a bodega, siendo los responsables de su distribución las áreas requirentes, por lo que no se evidenció el control del destino y utilización de los mismos.
- De los documentos adjuntos a cada uno de los procesos, no se evidenció respaldo del ingreso de los bienes en el sistema de inventario de bodega que permita establecer el control y uso.
- Los "Formatos provisionales de Ingreso a Bodega" remitidos, no contaban con valores en el precio unitario, monto total, tampoco con campos como: saldo inicial de existencias, ingresos, egresos, saldo final de existencias; por lo que, no existió un control de ingresos, egresos y saldos.

Treinta y uno

- Además, no adjuntaron actas de entrega recepción, suscritas entre el Guardalmacén y los beneficiarios finales de los bienes.

La falta de implementación de la recomendación 4 del informe DAI-AI-0117-2017 por parte del Oficinista, Administrativo e Infraestructura Guayas - Bodega en Tránsito, en funciones del 1 de enero de 2017 al 30 de junio de 2021, después de la entrega recepción de los bienes adquiridos, no realizó el registro en el sistema de inventario de bodega, no elaboró las actas de entrega a los beneficiarios de la compra, esto como evidencia de la distribución a las áreas requirentes; y, en dos casos, los bienes no ingresaron a bodega, dejando la responsabilidad de la distribución a las áreas requirentes, lo que ocasionó que no se garantice la utilización de los bienes objeto de contratación; que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 5

"... Información relevante de los procesos de contratación de bienes y servicios, no fueron registrados ni publicados en el portal de compras públicas.- Al Subdirector Provincial de Servicios Corporativos del IESS - Guayas.- 5. Dispondrá al Responsable del Grupo de Trabajo de Compras Públicas, que durante las etapas precontractual, contractual y de ejecución, obtenga la documentación que constituye información relevante de los procesos de contratación de bienes y servicios, para que sea publicada en el portal institucional de compras públicas, de manera oportuna, lo cual, vigilará su cumplimiento (...)"

Conforme al Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido mediante Resolución C.D. 535, publicado en el R.O. Edición Especial 5 de 1 de junio 2017, se derogó la Resolución C. D. 457, publicada en R.O. Suplemento 45 del 30 de agosto de 2013; en el cual se establecieron las atribuciones y responsabilidades de la Coordinación Provincial Administrativa Financiera.

Con el objeto de verificar el cumplimiento de esta recomendación, se analizó una muestra de 9 expedientes de procesos de adquisición de bienes y servicios efectuados en la Dirección Provincial del Guayas, durante el período auditado, comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021, evidenciándose que no publicaron todos los documentos de información relevante de la fase precontractual y contractual conforme se detalla en (anexo 7).

Treinta y dos

La falta de implementación de la recomendación 5 del informe DAI-AI-0117-2017, por parte del Coordinador Provincial Administrativo Financiero Guayas en funciones entre el 3 de agosto de 2017 y el 29 de mayo de 2019; quien no dispuso, ni controló que el Responsable de Compras Públicas, obtenga toda la información relevante de las etapas precontractual, contractual y de ejecución; por lo que, no se publicó en el portal de compras públicas la documentación relevante de 9 procesos de adquisición de bienes y servicios; lo que ocasionó que la información no esté disponible en la herramienta informática del SERCOP para usuarios internos y externos; que la deficiencia administrativa revelada persista y no se fortalezca el control interno de la entidad.

Los referidos servidores incumplieron lo establecido en el artículo 92 Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios del 0661 al 0663, 0666, 0667 y 0672-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 13 de junio de 2022, se comunicaron resultados provisionales a los Directores Provinciales del Guayas, al Coordinador Provincial Administrativo Financieros Guayas y al Oficinista, Administrativo e Infraestructura Guayas – Bodega en Tránsito, recibiendo las siguientes respuestas.

La Directora Provincial del Guayas, encargada, en funciones entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017, mediante comunicación de 15 de junio de 2022, informó que el servidor de la Dirección Provincial responsable del seguimiento de las recomendaciones de la CGE con memorando IESS-DPGSAGE-2017-0751-M de 26 de abril de 2017 dio a conocer a las áreas administrativas las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-0117-2017

Lo expresado por la servidora no modifica lo comentado por auditoría; por cuanto, en el documento presentado se solicitó el cumplimiento de las recomendaciones de forma general, documento que no se encontraba suscrito por la referida funcionaria; tampoco dio a conocer a todas las áreas administrativas el detalle de los bienes embodegados y sin uso.

Treinta y tres //

El Coordinador Provincial Administrativo Financiero del Guayas en funciones entre el 3 de agosto de 2017 al 29 de mayo de 2019, mediante comunicación de 20 de junio de 2022, indicó:

“... en conjunto con la responsable de compras públicas y los administradores de contrato durante el período de gestión de infrascrito. Revisando incluso procesos sin actualizar de años anteriores, los cuales se notificaron a los administradores de contrato para su trámite respectivo.- ...se revisó periódicamente la actividad de registros y estadísticas de compras a través del seguimiento mensual con reuniones de staff; estableciendo compromisos con actividades y plazos de cumplimiento (...).”

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría; puesto que, la documentación adjunta no demuestra la emisión de disposiciones relacionadas con las recomendaciones 3 y 5, sin evidencia documental de los compromisos efectuados para el cumplimiento de las mismas.

La Subdirectora Provincial de Servicios Corporativos y Coordinadora Provincial Administrativa Financiera Guayas, en funciones entre el 1 de enero y el 12 de julio de 2017, con comunicación de 27 de junio de 2022, señaló que procedió a la notificación y difusión de las recomendaciones a los grupos de trabajo a su cargo.

Lo expuesto no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no adjuntó documentación que justifique la necesidad de las adquisiciones de bienes realizadas en su periodo de actuación, incumpliendo la recomendación 3.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 y 30 de junio de 2022, se recibió las siguientes respuestas:

El Director Provincial del Guayas en funciones del 1 de julio de 2017 al 4 de abril 2019, con oficio JFGL-013-2022 de 4 de julio de 2022, expuso:

“...contabilizado el tiempo transcurrido entre la fecha de la Orden de Trabajo y la fecha de aprobación de informe, han transcurrido 259 días.- En consecuencia, ... perdió competencia en razón de tiempo,pero no comparto los comentarios, conclusiones e inobservancias legales contenidos en varias páginas del borrador del informe enviado (...).”

Lo señalado por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto el informe fue aprobado en el término de los 180 días establecidos en el artículo 26 de la

treinta y cuatro del

Ley de Contraloría General del Estado; adicionalmente el referido servidor no remitió documentación que evidencie el cumplimiento de las recomendaciones.

El Coordinador Provincial Administrativo Financiero del Guayas en funciones del 3 de agosto de 2017 al 29 de mayo de 2019, mediante oficio CIUDADANO-CIU-2022-29102 de 6 de julio de 2022 expuso que la responsabilidad de la actualización de los procesos, así como la documentación subida al portal de compras públicas le corresponde al Responsable del Equipo de Compras Públicas, además, anexó documentos relacionados al cumplimiento de recomendaciones, estado de los procesos de adquisición e informe de gestión.

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no proporcionó documentación que justifique las gestiones realizadas para que el Responsable del Equipo de Compras Públicas cumpla con las recomendaciones; y, la documentación que adjuntó no tiene relación con las recomendaciones del citado informe.

Informe DAI-AI-0146-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial " a los procesos de registro, recaudación y control de la mora patronal, en la Dirección Provincial del Azuay", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de agosto de 2016, el cual fue aprobado por la Directora de Auditorías Internas, encargada, el 21 de marzo de 2017 y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 11701-DAI de 20 de abril de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-0673, 0674, 0675-ME de 8 de mayo de 2017, comunicó del referido informe, al Director Provincial Azuay, al Presidente del Consejo Directivo del IESS y a la Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, respectivamente.

El Planificador - 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-2016-010-FDQ de 29 de abril de 2016, mediante memorando IESS-DG-2017-0913-M de 16 de mayo de 2017, notificó a la Directora Provincial de Azuay el cumplimiento obligatorio e inmediato de las 13 recomendaciones, de las cuales 12 se implementaron y 1 no fue cumplida, así:

Treinta y cinco

Recomendación 4

“... Falta de supervisión a los procesos de registro, recaudación y control de la mora patronal y depuración de la base de datos del sistema de Historia Laboral.- Al Director Provincial del Azuay.- 4. Coordinará con las Directoras Nacionales de Gestión de Recaudación y Gestión de Cartera; y, Afiliación y Cobertura la emisión de políticas y procedimientos que permitan depurar la base de datos del sistema de Historia Laboral, lo que permitirá iniciar las acciones de cobro de las glosas y títulos de crédito que durante el 2011 al 2015, se mantienen en estado de emitidas, en espera de modificación y notificación, publicadas y generados; así como concretar la ubicación de los empleadores y recuperación de las obligaciones pendientes que no prescriben de conformidad a lo establecido artículo 97 de la Ley de Seguridad Social (...).”

Situación actual:

La Subdirectora Nacional de Gestión de Cartera, subrogante con memorando IESS-SDNGC-2017-0195-M de 10 de mayo de 2017 con asunto “DEPURACIÓN DE GLOSAS Y VARIOS ESTADOS” solicitó a la Coordinadora Provincial de Cartera y Coactiva Azuay, encargada, realice el análisis de cada una de las glosas que se encontraban en estado emitidas, notificadas, no notificadas y publicadas; sin embargo, no se evidenció respuesta al requerimiento, posteriormente la Directora Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera con memorando IESS-DNRGC-2017-1895-M de 1 de septiembre de 2017 difundió el “INSTRUCTIVO DE DEPURACIÓN DE CARTERA” para su cumplimiento.

De las glosas y títulos de crédito emitidas entre el 2011 al 2015 y que constaron en estados de: emitidas, en espera de modificación y notificación, publicadas y generados, que fueron reportados en el informe DAI-AI-0146-2017 aprobado por la Contraloría General del Estado; se consideró una muestra de 101 glosas y 83 títulos de crédito, de las cuales se verificó en el sistema Historia Laboral del IESS que: 44 glosas fueron transferidas a “NO NOTIFICADA” permaneciendo en ese estado entre la fecha que fueron transferidas al nuevo estado hasta el 30 de junio de 2021 (anexo 8), fecha final del período de alcance de la acción de control, aproximadamente entre 16 días hasta 4 años con 8 meses y 19 días, evidenciando que no realizaron las gestiones para ubicar a los empleadores y la recuperación de los valores por mora patronal.

Treinta y seis

La Directora Provincial Azuay, encargada, en funciones entre el 19 de septiembre de 2017 y 31 de julio de 2018, mediante comunicación de 10 de mayo de 2022, en respuesta a pedido de información, expuso que mediante varios memorandos solicitó a la Coordinadora de Cartera y Coactiva de Cuenca, se informe del avance del cumplimiento de la recomendación 4.

El Director Provincial Azuay, encargado en funciones entre el 1 de agosto de 2018 y 20 de marzo de 2019, mediante comunicación de 24 de mayo de 2022, en respuesta a pedido de información, informó que la Coordinación Provincial de Gestión de Cartera continúa con las gestiones de recaudación de mora patronal y adjuntó reportes del sistema Historia Laboral en cumplimiento de la recomendación; en las cuales se identificó que las glosas tomadas de muestra se mantienen en estado de "NO NOTIFICADAS"; lo que evidenció que no se iniciaron las acciones de cobro de las glosas y títulos de crédito que durante el 2011 al 2015 se mantenían en estado de emitidas.

La falta de implementación de la recomendación 4 del informe DAI-AI-0146-2017 por parte de los Directores Provinciales del Azuay titular y encargados, en funciones entre el 31 de mayo de 2017 y el 18 de septiembre de 2017; entre el 19 de septiembre de 2017 y el 31 de julio de 2018; entre el 1 de agosto de 2017 y el 20 de marzo de 2019; entre el 21 de marzo de 2019 y 3 de diciembre de 2020; y entre el 4 de diciembre de 2020 y 30 de junio de 2021, quienes no supervisaron, ni verificaron dentro del sistema de Historia Laboral que los estados de las glosas y títulos de crédito cambien de estado, ni realizaron acciones para ubicar a los empleadores de las glosas emitidas entre el 2011 al 2015; lo que ocasionó que no se recupere los valores generados por mora patronal, que la deficiencia administrativa revelada persista y no se fortalezca el control interno de la entidad.

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 las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios del 0682 al 0685-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 13 de junio de 2022, se comunicaron resultados provisionales a los Directores Provinciales del Azuay, recibiendo las siguientes respuestas:

Treinta y siete

La Directora Provincial Azuay, encargada, en funciones entre el 19 de septiembre de 2017 y el 31 de julio de 2018 mediante comunicación de 22 de junio de 2022 informó que con los memorandos IESS-DPAZUAY-2018-0788 y 0876 de 13 y 21 de junio de 2018 solicitó el avance de las recomendaciones a la Coordinadora Provincial de Cartera y Coactiva Azuay, encargada, servidora que con memorando IESS-CPCCA-2018-2345-M de 21 de junio de 2018 remitió el informe de gestión, sin embargo no adjuntó documentos que evidencien que iniciaron las acciones de cobro.

Lo expuesto no modifica el criterio de auditoría, por cuanto no remitió documentación, que evidencie la supervisión y gestión efectuada para que las glosas y títulos de crédito cambien de estado y se ubique a los empleadores que anularon las glosas entre el 2011 al 2015.

El Director Provincial de Azuay, encargado, en funciones entre el 1 de agosto de 2018 y 20 de marzo de 2019; y entre 4 de diciembre de 2020 y 30 de junio de 2021, mediante comunicación de 7 de julio de 2022, en referencia a la recomendación 4 informó:

“... A pesar de las limitantes se ha hecho gestión de ubicación a través de las páginas institucionales, gubernamentales, páginas informativas, redes sociales y contactos telefónicos con posibles familiares del Representante Legal ...-... así también se anexa matriz en Excel sobre la gestión tanto de las 125 glosas que fueron observadas en la Comunicación de Resultados Provisionales (...).”

En este sentido no se modifica lo comentado por auditoría ya que a parte de las gestiones citadas no se evidenció que agotaron otras instancias como es la comunicación por prensa para ubicar a los empleadores que mantienen glosas pendientes de pago con la institución.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 y 30 de junio de 2022, se recibió las siguientes respuestas:

El Director Provincial del Azuay en funciones entre el 21 de marzo de 2019 y 3 de diciembre de 2020, mediante comunicación de 7 de julio de 2022 informó:

“... han existido dificultades para ubicar a los empleadores y/o afiliados voluntarios, debido a que los datos ingresados por ellos son erróneos... - A pesar de las limitaciones, se ha hecho gestión de ubicación... se anexa matriz

Treinta y ocho

en Excel sobre la gestión tanto de las 125 glosas que fueron observadas en la Comunicación de Resultados Provisionales, como de las 44 que constan en el borrador informe (...)”.

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no documentó con evidencia las gestiones realizadas detalladas en el archivo en Excel, tampoco remitió las notificaciones realizadas en prensa para que se realice el cambio de estado de las glosas mencionadas.

La Directora Provincial de Azuay, encargada, en funciones entre el 19 de septiembre de 2017 y 31 de julio de 2018, mediante comunicación de 12 de julio de 2022 informó:

“... cumplió con su responsabilidad de dirigir, gestionar y controlar el cumplimiento de los procesos de recaudación y gestión de cartera, ... como puede observarse hasta octubre de 2019, las gestiones han posibilitado afectar los estados en un promedio del 60% (...)”.

Lo expuesto por la servidora ratifica lo comentado por auditoría, debido a que no se realizaron acciones de cobro de las 44 glosas generadas entre el 2011 al 2015 y se encuentran en estado “NO NOTIFICADA” hasta el 30 de junio de 2021, período de alcance de nuestra acción de control, evidenciando que no se concretó la ubicación de los empleadores ni la recuperación de valores.

Informe DAI-AI-0205-2017

El informe DAI-AI-0205-2017 fue emitido como producto del “EXAMEN ESPECIAL A LOS PROCESOS PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS; REGISTRO, UTILIZACIÓN Y DESTINO; Y, A LA RECEPCIÓN, CONTROL Y ENTREGA DE MEDICINAS EN FARMACIA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE NARANJAL, ACTUAL CENTRO DE SALUD C NARANJAL”, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de agosto de 2016, aprobado por la Directora de Auditorías Internas de la Contraloría General del Estado, encargada, el 24 de mayo de 2017 y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 17750-DAI de 12 de junio de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-1026, 1027 y 1028-ME de 15 de junio de 2017, dio a conocer el referido informe al Director Técnico del Centro de Salud C – Naranjal, a la

treinta y nueve

Directora General del IESS y al Presidente del Consejo Directivo del IESS, respectivamente.

El Planificador - 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-2016-0010-FDQ de 29 de abril de 2016, con memorando IESS-DG-2017-1197-M de 23 de junio de 2017, notificó al Director de la Unidad de Atención Ambulatorio Naranjal, las 6 recomendaciones contenidas en el informe DAI-AI-0205-2017; y, dispuso su cumplimiento de manera inmediata y con carácter de obligatorio, determinando que 1 de ellas no es aplicable por factores internos, 4 fueron cumplidas y 1 se encuentra incumplida, como se describe a continuación:

Recomendación 1

“... Procesos de adquisición por ínfimas cuantías no se publicaron en el portal de Compras Públicas y órdenes de compra no contaron con la información completa.- Al Director del Centro de Salud C-Naranjal del IESS.- 1. Supervisará las labores de la Responsable de Compras Públicas de esa unidad médica, a fin de que publique mensualmente en el portal de Compras Públicas del SERCOP, mediante la herramienta “Publicación de Ínfima cuantía”, todos los procesos realizados por ínfima cuantía, con la finalidad de transparentar los procesos de compra realizados en la unidad médica (...).”

Situación actual

El Director Provincial del Guayas con memorandos IESS-DPG-2022-0552 y 0575-M de 22 y 24 de febrero de 2022, respectivamente; remitió al equipo de auditoría documentación proporcionada por el Director del Centro de Salud C-Naranjal, Encargado, relacionada con el cumplimiento a las recomendaciones contenidas en el informe DAI-AI-0205-2017.

De acuerdo a la información remitida por el Director Provincial del Guayas, se observó que de las 70 órdenes de compra y/o trabajo mediante las cuales se realizó adquisiciones de bienes y servicios entre el 12 de abril de 2017 y el 16 de octubre de 2020, se evidenció que 40 que corresponden al 57,14% fueron publicadas en el Portal de Compras Públicas, a través de la herramienta “Publicación de ínfima cuantía” dentro del mes de emisión de la factura; mientras que de las restantes 30 que corresponden al 42,86% de las órdenes de compra y/o trabajo verificadas, 9 fueron

Cuarenta a

publicadas en otros meses que no correspondían a la fecha de ejecución de las ínfimas cuantías y 21 no fueron publicadas, lo que representó el 30% y 70%, respectivamente (anexo 9); además, no se remitió información de la totalidad de órdenes de compra y/o trabajo realizadas desde el 17 de octubre de 2020 hasta el 30 de junio de 2021, fecha de alcance de la acción de control, tampoco se evidenció que en este período se publicaron en el portal de compras públicas las adquisiciones por ínfima cuantía.

Se requirió a los Directores del Centro de Salud C-Naranjal, titular y encargado, con oficios del 0487 y 0491-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 16 de mayo de 2022, remitir evidencia documental en relación del cumplimiento de la recomendación 1, en sus respectivos periodos de gestión sin obtener respuesta.

La falta de implementación de la recomendación 1 del informe DAI-AI-0205-2017 por parte de los Directores del Centro de Salud C-Naranjal, titular y encargado, en funciones entre el 14 de diciembre de 2017 y el 16 de octubre de 2018; y, entre el 4 de noviembre de 2020 y el 30 de junio de 2021, quienes no supervisaron las labores de los Responsables de Compras Públicas, lo que ocasionó que la información de dicha unidad médica no esté disponible para usuarios internos y externos, que las órdenes de compra no hayan sido publicadas en su totalidad, que la deficiencia revelada persista y que no se mejore el control interno de la entidad.

Los referidos servidores incumplieron lo establecido en el artículo 92 Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios del 0522, y 0526-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 24 de mayo de 2022, se comunicaron resultados provisionales a los Directores del Centro de Salud C – Naranjal titular y encargado, sin recibir respuesta.

INFORME DAI-AI-0218-2017

El informe fue emitido como producto del examen *especial* "A LOS PROCESOS DE REGISTRO, RECAUDACIÓN Y CONTROL DE LA MORA PATRONAL; Y, AL REGISTRO, CONTROL Y CUSTODIA DE BIENES DE LARGA DURACIÓN, EN LA
Beccarón y su grupo

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE BOLÍVAR”, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2016, aprobado por la Directora de Auditorías Internas, el 24 de mayo de 2017 y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 18454-DAI de 20 de junio de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-1127-ME de 28 de junio de 2017, comunicó a la Directora General del IESS.

El Planificador - 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-2016-010-FDQ de 29 de abril de 2016, mediante memorando IESS-DG-2017-1263-M de 6 de julio de 2017, notificó a la Directora Provincial Bolívar, encargada, la aplicación de las 21 recomendaciones; determinándose que 10 de ellas se implementó, 2 no aplicables por cambios de procedimientos internos; y 9 no fueron implementadas, como se citan a continuación:

Recomendaciones 2 y 3

“... Emisión de las glosas y títulos de crédito por mora patronal y su recuperación no se realizó en los plazos establecidos.- Al Director Provincial de Bolívar.- 2. Administrará, controlará y evaluará la información derivada de los procesos informáticos sobre el cumplimiento de obligaciones patronales y de control de la mora patronal, a fin de que la emisión de las glosas y títulos de crédito así como su recuperación se produzca dentro de los plazos que les corresponde según sus diferentes estados.- 3. Supervisará los trámites de emisión de las glosas a cargo del Grupo de Trabajo de Gestión de Cartera, para que su notificación se realice dentro de los 8 días laborables y en caso de no ser canceladas por los empleadores se emitan automáticamente los títulos de crédito cuya recaudación se realizará por la vía coactiva (...).”

Situación actual:

La Directora Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera con los memorandos IESS-DNRGC-2022-0486-M e IESS-DNRGC-2022-0523-M de 15 y 17 de marzo de 2022, remitió el detalle de las glosas de la Provincia de Bolívar en todos sus estados, en el cual se identificó que entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021, período de alcance de la acción de control, 5.348 glosas fueron notificadas entre los 9 y 678 días; además, se constató que 464 glosas fueron distribuidas de acuerdo al siguiente detalle: 402 emitidas; 4 en espera de notificación; y, 58 no notificadas, evidenciando que las mismas no se notificaron entre los 8 días laborables dispuestos

Bucareña / del pl

en la citada recomendación, impidiendo la recuperación de cartera en los plazos previstos.

La falta de implementación de las recomendaciones 2 y 3 del informe DAI-AI-0218-2017 por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; quienes no evaluaron la información derivada de los procesos informáticos, ni controlaron que las glosas generadas por obligaciones patronales sean notificadas dentro de los 8 días laborables, tampoco supervisaron al Grupo de Trabajo de Gestión de Cartera para que realicen la notificación a los empleadores, lo que ocasionó que las glosas no sean canceladas o en su defecto se emitan los títulos de crédito para la recaudación vía coactiva, que las deficiencias reveladas persistan y que no se fortalezca el control interno de la entidad.

Recomendaciones 4 y 5

“... Emisión de las glosas y títulos de crédito por mora patronal y su recuperación no se realizó en los plazos establecidos.- Al Director Provincial de Bolívar.- 4. Dispondrá y vigilará que una vez que los títulos de crédito sean legalizados el secretario abogado contratado dentro del término de ocho (8) días inicie el proceso coactivo a través de los abogados a cargo de dichos procesos a fin de que su recuperación no exceda el plazo de ciento ochenta (180) días.- ...5. Supervisará de manera permanente la ejecución de los procesos coactivos instaurados en contra de los empleadores en mora, para el efecto implementará un archivo informático haciendo constar toda la información que corresponda de cada una de las causas que refleje las acciones desarrolladas y el estado de cada una de ellas (...).”

Situación actual:

Los Directores Provinciales Bolívar, encargados, con memorandos IESS-DPB-2018-0097-M, IESS-DPB-2019-0191-M de 6 de febrero de 2018 y de 22 de febrero de 2019, respectivamente, dispusieron a los Responsables de la Unidad Provincial de Cartera y Coactivas Bolívar, al Oficinista - Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera Bolívar, y, la Oficinista - Responsable de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico Bolívar, informar la aplicación de las recomendaciones 4 y 5.

La Responsable de la Unidad Provincial de Cartera y Coactivas Bolívar con memorando IESS-UPCCB-2022-0218-M de 30 de marzo de 2022, remitió a la

Bucarente y tes M

Directora Provincial Bolívar, encargada en archivo Excel la matriz con información obtenida del aplicativo de Gestión Legal que forma parte del Sistema de Historia Laboral implementado en el año 2013; en la cual, detallaron 15.794 Títulos de Crédito, con la siguiente información: Título de Crédito, RUC, Emisión del Título de Crédito, Legalización y Refrendación de Guía, Fecha de Sorteo, Razón Social, Representante Legal, Valor Pendiente y Recaudado, Estado Actual, Número de Guía de Refrendación, Abogado Externo, Observaciones; sin embargo, en la referida matriz no se observó la fecha en que los secretarios y abogados iniciaron las acciones coactivas y si la recuperación se realizó en el plazo de 180 días, el número de veces que fue sorteado el título de crédito, los abogados que fueron designados en el proceso coactivo, tampoco, se observaron las acciones legales; evidenciando que la entidad no cuenta con un archivo informático que consolide la información de los diferentes aplicativos pertenecientes al Sistema de Historia Laboral, con la finalidad de supervisar y controlar las acciones, así como el estado de cada uno de los procesos coactivos.

La falta de implementación de las recomendaciones 4 y 5 del informe DAI-AI-0218-2017 por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; quienes no supervisaron que una vez entregada la documentación a los secretarios abogados inicien el proceso de acciones coactivas dentro del término de ocho días y, que la recaudación de valores se realice en el plazo de ciento ochenta (180) días; tampoco, implementaron un archivo informático en el que conste cada una de las causas legales; lo que ocasionó, que no se pueda determinar el tiempo en el que se inició el proceso coactivo ni se observen las acciones legales de los abogados designados para el proceso de recuperación y si éstos excedieron o no el plazo de ciento ochenta días (180), que las deficiencias reveladas persistan y que no se fortalezca el control interno de la entidad.

Recomendación 7

“... Falta de control y supervisión en los procesos de trámites de anulación de glosas.- Al Director Provincial de Bolívar.- 7. Requerirá a los servidores institucionales del Grupo de Trabajo de Afiliación y Control Patronal; del Grupo de Trabajo de Aportes, Fondos y Reservas de la Dirección Provincial de Bolívar; al Asistente Administrativo y Oficinista de la Dirección Provincial de Los Ríos; y, a los empleadores a quienes se realizaron las anulaciones las glosas citadas en este comentario de auditoría; los justificativos para conformar

Bea... y...

los expedientes que serán analizados para continuar en su jurisdicción el proceso coactivo en forma inmediata (...)”.

Situación actual:

La Responsable de la Unidad Provincial de Cartera y Coactivas Bolívar con memorando IESS-UPCCB-2022-0220-M de 30 de marzo de 2022, remitió el estado de las 167 glosas que se mantienen en estado anulado y que fueron mencionadas en el informe de la CGE; sin embargo, no adjuntó los requerimientos realizados a los servidores del Grupo de Trabajo de Afiliación y Control Patronal; del Grupo de Trabajo de Aportes, Fondos y Reservas de la Dirección Provincial de Bolívar, al Asistente Administrativo y Oficinista de la Dirección Provincial de los Ríos; y, a los empleadores; documentación que sustente los motivos por los cuales se anularon las glosas; tampoco, informó si se inició el proceso coactivo de ser el caso y su estado.

La falta de implementación de la recomendación 7 del informe DAI-AI-0218-2017, por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; quienes no solicitaron a los servidores y empleadores que realizaron las anulaciones de las 167 glosas para que presenten los informes debidamente sustentados y, los acuerdos emitidos por la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias de su jurisdicción; lo que ocasionó que hasta el 30 de junio de 2021, período de alcance de la acción de control, los expedientes de las glosas anuladas no cuenten con el respectivo justificativo para que continúen con el proceso coactivo, que la deficiencia revelada persista y que no se fortalezca el control interno de la entidad.

Recomendación 12

“... No se proporcionó los Convenios de Purga de Mora ni los documentos que sustentaron su anulación y de los ajustes de plantillas en menos.- Al Director Provincial de Bolívar.- 12. Requerirá en calidad de Juez de coactivas al empleador con RUC 0201110707001, que realizó los ajustes de planillas en sistema Historia Laboral, con los que se disminuyó los días laborados a sus trabajadores, desde enero de 2009 hasta el 28 de noviembre de 2013 a los afiliados con cédulas de ciudadanía 1714829973, 0200588044, 0201335858, 0201636263, 0201952504, 0201992112 y 1205668567, presente los documentos que evidencien la legalidad del cambio mismos que serán analizados para continuar en su jurisdicción el proceso coactivo en forma inmediata (...)”.

Cuarenta y cinco

Situación actual:

La Directora Provincial de Bolívar, encargada, en calidad de Juez de Coactivas, con oficio IESS-DPB-2019-0030-OF de 7 de octubre de 2019 solicitó al empleador con RUC 0201110707001, presente los documentos que evidencien la legalidad de los ajustes de planillas realizados a los afiliados con cédulas de ciudadanía: 1714829973, 0200588044, 0201335858, 0201636263, 0201952504, 0201992112 y 1205668567; además, con memorando IESS-DPB-2019-1121-M de 14 de octubre de 2019, solicitó a la Oficinista-Responsable de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico Bolívar, realice una inspección e informe a los afiliados de la disminución de los días laborados realizada por el empleador.

La Responsable de la Unidad Provincial de Cartera y Coactivas Bolívar, con memorando IESS-UPCCB-2022-0220-M de 30 de marzo de 2022, remitió los memorandos IESS-UCPACTB-2022-0120-M e IESS-UCPACTB-2022-0121-M de 24 de marzo de 2022, emitidos por la Oficinista y de la Responsable de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico Bolívar, respectivamente; en los cuales informó que no pudo contactarse con el empleador ni con los trabajadores, ya que se encuentran en diferentes lugares; por lo que, no emitieron un informe que respalde los traslados y visitas realizadas al empleador y a los afiliados; y, no efectuaron todas las gestiones para que evidencien la legalidad de los ajustes elaborados por el empleador

La falta de implementación de la recomendación 12, por parte de los Directores Provinciales del informe DAI-AI-0218-2017Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; quienes no requirieron al empleador con RUC 0201110707001 presente los sustentos con los cuales, realizó la disminución de los días laborados de los afiliados; lo que ocasionó que los procesos de ajustes de planillas, efectuados en el sistema de Historia Laboral, a los afiliados con cédulas de ciudadanía 1714829973, 0200588044, 0201335858, 0201636263, 0201952504, 0201992112 y 1205668567 no cuenten con los documentos que evidencien la legalidad de los cambios, que la deficiencia revelada persista y que no se fortalezca el control interno de la entidad.

Guarante y seis M

Recomendación 14

“... Procedimientos de control en la administración de los bienes de larga duración.- Al Director Provincial de Bolívar.- 14. Dispondrá al Asistente Contable efectúe una revisión de los valores registrados en las cuentas de activos fijos y reclasifique los que no correspondan a la naturaleza de un activo, así como también realice la depreciación sobre la totalidad de los bienes de larga duración, los que deberán reflejar el valor residual luego de haber cumplido su vida útil, de lo cual le presentará el respectivo informe (...).”

Se requirió a la Directora Provincial de Bolívar con los memorandos IESS-AI-2022-0242, 0292, 0305 y 0414-ME de 11, 22, 23 de marzo y 4 de abril de 2022, respectivamente, información del cumplimiento de la recomendación, sin obtener respuesta; por lo que, no se evidenció que los Directores Provinciales de Bolívar, encargados, en sus respectivos períodos de gestión, dispusieran al Asistente Contable efectúe la revisión y reclasifique los valores registrados en la cuentas de activos fijos y la depreciación de la totalidad de los bienes de larga duración.

La falta de implementación de la recomendación 14 del informe DAI-AI-0218-2017 por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021, quienes no dispusieron al Asistente Contable efectúe la revisión y reclasifique los valores registrados en la cuentas de activos fijos y, la depreciación de la totalidad de los bienes de larga duración; lo que ocasionó que la deficiencia revelada persista y que no se fortalezca el control interno de la entidad.

Recomendación 15

“... Procedimientos de control en la administración de los bienes de larga duración.- Al Director Provincial de Bolívar.- 15. Dispondrá al Responsable de la Unidad de Contabilidad, en coordinación con el Responsable de Activos Fijos, al menos una vez al año efectuar constataciones físicas de los bienes de larga duración y su conciliación con la información contable, las diferencias que se obtengan serán analizadas y efectuados los ajustes respectivos (...).”

La Directora Provincial Bolívar, encargada, con memorando IESS-DPB-2018-0097-M de 6 de febrero de 2018, dispuso al Oficinista-Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera Bolívar, como responsable y encargado del área, realice la

Guarín y siefon

implementación de cumplimiento de las recomendaciones, sin embargo, no se evidenció la disposición al Responsable de Contabilidad.

La Directora Provincial Bolívar, encargada, con memorando IESS-DPB-2022-0488-M de 12 de abril de 2022 remitió las actas de constataciones físicas realizadas durante el período de análisis de la presente acción de control; sin embargo, no se evidenció que las constataciones fueron conciliadas con la información contable ni se realizaron los ajustes respectivos de las novedades encontradas.

La falta de implementación de la recomendación 15 del informe DAI-AI-0218-2017 por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; quienes no dispusieron al Responsable de Contabilidad que en coordinación con el Responsable de Activos Fijos, se concilie la información determinada en las constataciones físicas y contable; y, de existir diferencias se realicen los ajustes correspondientes; lo que ocasionó que no se cuente con un registro contable actualizado, la deficiencia revelada persista y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 16

“... Procedimientos de control en la administración de los bienes de larga duración.- Al Director Provincial de Bolívar.- 16. Designará por escrito a un servidor independiente, responsable de la administración de los bienes de larga duración, que desarrolle un adecuado sistema de control interno en esta área y asignará expresamente sus atribuciones y responsabilidades (...).”

La Directora Provincial Bolívar, encargada, con memorando IESS-DPB-2017-2008-M de 7 de diciembre de 2017, designó a la Asistente Administrativa en las funciones “ADMINISTRACIÓN DE LOS BIENES DE LARGA DURACIÓN” e informó de la recomendación 16; sin embargo, no se determinó expresamente las atribuciones y responsabilidades.

Con oficio 0542-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 30 de mayo de 2022, se requirió al Director Provincial de Bolívar, encargado, información del cumplimiento de las citadas recomendaciones, sin recibir respuesta.

Buenos días y salud,

La Directora Provincial Bolívar, encargada, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; y, el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021, con memorando IESS-UPCCB-2022-0442-M de 5 de junio de 2022 remitió información relacionada a disposiciones de la aplicación de las recomendaciones 2, 3, 4, 5, 7, 12, 14, 15 y 16; sin embargo, la información remitida no evidenció las acciones implementadas para el cumplimiento de las referidas recomendaciones.

La falta de implementación de la recomendación 16 del informe DAI-AI-0218-2017 por parte de los Directores Provinciales Bolívar, encargados, en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; entre el 7 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019; entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021; no determinaron expresamente las atribuciones y responsabilidades de la "ADMINISTRACIÓN DE LOS BIENES DE LARGA DURACIÓN"; lo que ocasionó, que no se cuente con información de los procedimientos que prevengan riesgos e ineficiencias administrativas en el control de los bienes de larga duración, que la deficiencia revelada persista y que no se mejore el control interno de la entidad.

Los citados servidores incumplieron el artículo 92. Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservaron las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios 0565, y 0566-0004-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 2 y 9 de junio de 2022, respectivamente, se comunicaron resultados provisionales a los Directores Provinciales, encargados, a la Asistente Administrativa – Delegada para la Administración de los Bienes de Larga Duración, sin obtener respuesta.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 y 30 de junio de 2022, se recibió la siguiente respuesta:

La Directora Provincial Bolívar, encargada en funciones entre el 5 de junio de 2017 y el 6 de enero de 2019; y, entre el 1 de abril de 2019 y el 30 de junio de 2021, con memorando IESS-UPCCB-2022-0533-M de 6 de julio de 2022, expuso que las glosas y títulos de crédito se generan de forma automática a través del aplicativo del sistema

Beasante y moreno

Historia Laboral y que no existe normativa que regule el proceso de notificación de glosas por tanto la recomendación 2 es inaplicable; en relación a las recomendaciones 4 y 5 informó que el Secretario del Juzgado de Coactiva diseñó la matriz en Excel con la finalidad de registrar las acciones coactivas y que por error involuntario no incluyó la fecha de cancelación, datos que constan en el aplicativo institucional; de la recomendación 7 mencionó que algunos empleadores no pudieron ser ubicados directamente y en otros casos se contactaron por vía telefónica obteniendo respuesta verbal del empleador que ya habían entregado la información; de la recomendación 12 informó que se requirió al empleador entregar la documentación, además de insistir por oficios persuasivos, llamadas telefónicas y correos electrónicos; de las recomendaciones 14 y 15 remitió el oficio 13000200-DPB-145-A-FDQ de 10 de julio de 2017, con el que dispuso el cumplimiento de las recomendaciones al Responsable de la Unidad Provincial de Cartera y Coactiva e informó que se realizó la depuración, conciliación y cuadro contable.

Lo expuesto por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no controló que se notificaran dentro de los 8 días las glosas generadas por obligaciones patronales, como lo estableció la recomendación 2; no contó con un archivo informático de los procesos de coactivas que refleje las acciones legales y que la recuperación se realice en el plazo de 180 días; de los empleadores que no pudieron ubicarlos y realizaron gestiones, no remitió documentación que evidencie las actuaciones realizadas; y, en el oficio 13000200-DPB-145-A-FDQ no se evidenció que dispuso el cumplimiento de la recomendación 14 y 15; además, que es un documento que fue generado fuera del sistema documental Quipux, limitando la validación del documento por parte de auditoría, además que se contrapone a lo establecido por el Director Nacional de Gestión Documental con oficio 65000000-746 de 30 de octubre de 2013.

Informe DR8-DPN-AE-0009-2017

El informe DR8-DPN-AE-0009-2017 fue emitido como producto del examen *especial "a los gastos de la Dirección Provincial de Napo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social"*, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de septiembre de 2016, aprobado por el Delegado Provincial de Napo de la Contraloría General del

Cincuenta y 4

Estado, el 24 de mayo de 2017 y remitido al Director Provincial de Napo del IESS con oficio 0396-DR8-DPN-AE de 1 de junio de 2017, en el que se emitieron 7 recomendaciones; de las cuales 3 se cumplieron y 4 no fueron cumplidas, como se detalla a continuación:

Recomendaciones 1 y 2

“... Adquisiciones por ínfima cuantía en las que se omitió los procedimientos dispuestos por el SERCOP.- Al Director Provincial.- 1. Establecerá, dispondrá y controlará procedimientos de contratación a través del Sistema Nacional de Contratación Pública conforme a la naturaleza y al presupuesto referencial de la contratación, los lineamientos establecidos por el SERCOP y una planificación de necesidades institucionales que incluyan los requerimientos para todo el ejercicio fiscal con la finalidad de consolidar los procedimientos de contratación por tipo de bienes y servicios y evitar adquisiciones concurrentes por ínfima cuantías.- ... 2. Dispondrá al responsable de compras públicas utilizar los procedimientos de contratación pública previstos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública para la adquisición de bienes y servicios conforme a la naturaleza y presupuesto, necesarios para la entidad, lo cual permitirá garantizar y transparentar las operaciones administrativas y financieras institución (sic) (...).”

Situación actual

La Responsable de la Unidad Provincial de Asesoría Jurídica de Napo con memorando IESS-UPAJN-2022-0068-M de 7 de abril de 2022, remitió el informe IESS-DPN-CP-2022-01 de 5 de abril de 2021 que fue elaborado y aprobado por la Responsable de Unidad Provincial de Compras Públicas y la Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera, en el cual constó el detalle de adquisición de bienes y servicios efectuados mediante procedimientos de adquisición por Ínfima Cuantía desde el 1 de julio de 2017 hasta el 30 de junio de 2021, sin que forme parte de la información de los proveedores, campos como: RUC y razón social; además, al verificar la misma en el portal de compras públicas, se evidenció que: 22 facturas en el 2017; 9 facturas en el 2018; 3 órdenes de compra en el 2019; 10 órdenes de compra en el 2020; y, 3 órdenes de compra en el 2021, no fueron publicadas (anexo 10).

De la revisión de la información de ínfimas cuantías reportadas en el informe IESS-DPN-CP-2022-01 de 5 de abril de 2021 y las publicadas en el portal de compras públicas, se identificó que desde el año 2017 al 2020 se realizaron gastos concurrentes por concepto de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos y

Cincuenta y cuatro M

repuestos, superando los montos máximos establecidos en la LOSNCP, como se detalla a continuación:

Año	Cantidad en Facturas	Valor USD	Monto Aprobado SERCOP Ínfima Cuantía USD
2017	14	9 688,81	< 5 967,02
2018	26	10 000,41	< 6 970,67
2019	31	11 963,64	< 7 105,88
2020	3	12 706,74	< 7 099,68

En la documentación proporcionada por la Responsable de la Unidad Provincial de Asesoría Jurídica de Napo, no se observó ninguna disposición o lineamiento, emitido por el Director Provincial del Napo, relacionado con la aplicación de procedimientos dinámicos para la contratación de proveedores recurrentes, en la adquisición de bienes y/o servicios.

Con oficio 0507-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 20 de mayo de 2022, se requirió al Director Provincial Napo, remitir evidencia documental en relación del cumplimiento de las recomendaciones 1 y 2, sin obtener respuesta.

La falta de implementación de las recomendaciones 1 y 2 del informe DR8-DPN-AE-0009-2017, por parte del Director Provincial Napo, en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 24 de abril de 2019 quien no emitió disposiciones ni controló que de acuerdo a la naturaleza y presupuesto de las contrataciones, se apliquen los procedimientos dinámicos permitidos en la Normativa Legal vigente; lo que ocasionó que se realicen adquisiciones con proveedores recurrentes, no se consoliden los procedimientos de contratación, que las deficiencias reveladas persistan y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendaciones 3 y 4

*“... **Contratos complementarios excedieron el valor normado para su pago.- Al director** (sic) **provincial** (sic).- **3.** Dispondrá, supervisará y establecerá procedimientos de seguimiento al responsable de compras públicas, administradores de contrato y contadora para garantizar que los pagos de los contratos complementarios en el caso de existir, no sobrepasen el porcentaje normado sobre el valor del contrato original.-... **4.** Gestionará oportunamente el*

Cincuenta y dos N

presupuesto institucional que permita su ejecución conforme una planificación sustentada y que los contratos de seguridad y vigilancia prevean el plazo de un año calendario (...).”.

Situación actual

La Responsable de la Unidad Provincial de Asesoría Jurídica de Napo, con memorando IESS-UPAJN-2022-0068-M de 7 de abril de 2022, remitió el informe IESS-DPN-CP-2022-01 de 5 de abril de 2021, que fue elaborado y aprobado por la Responsable de Unidad Provincial de Compras Públicas y la Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera, que en relación al cumplimiento de las recomendaciones 3 y 4, se presentó el detalle de los contratos complementarios y copias simples de los mismos.

De la revisión a la referida información, se determinó que, durante el período de análisis, se suscribieron 4 contratos complementarios, de los cuales 3 correspondían al servicio de seguridad y vigilancia para los años 2018, 2019 y 2020; mientras que el restante fue para el servicio de limpieza para el año 2018, como se detalla a continuación:

TIPO DE PROCESO CONTRATO PRINCIPAL	OBJETO DE CONTRATACIÓN	FECHA C.COMPLEM.	MONTO CONTRATO PRINCIPAL USD (a)	VALOR PAGADO C. COMPLEM USD (b)	% (a/b)
Catálogo Electrónico	Contratación del Servicio de Limpieza Tipo II Dirección Provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Napo	2018-01-02	11 380,05	1 264,45	11,11%
Catálogo Electrónico	Seguridad fija para la Dirección Provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Napo	2018-01-02	16 110,00	1 790,00	11,11%
Catálogo Electrónico	Prestación del servicio de seguridad y vigilancia	2018-12-29	33 191,75	9 052,30	27,27%
Subasta Inversa Electrónica	Adquisición de servicios de seguridad y vigilancia armada y supervisada con monitoreo de alarmas, para las instalaciones del edificio administrativo de la Dirección Provincial IESS Napo	2019-12-23	20 075,00	6 691,67	33,33%

Fuente: Informe IESS-DPN-CP-2022-01 de 5 de abril de 2022.

Cincuenta y tres

Como se observa en la tabla anterior, los contratos complementarios detallados, superaron el porcentaje establecido, conforme al artículo 8 de la Ley Orgánica para la Eficiencia en la Contratación Pública, publicada en el Suplemento de R.O. 966 de 20 de marzo de 2017, que sustituyó al artículo 87 de la LOSNCP, y que establece:

*“... **Art. 8.-** Sustituir el Artículo 87 por el siguiente.- Artículo 87.- La suma total de las cuantías de los contratos complementarios no podrá exceder del ocho por ciento (8%) del valor del contrato principal (...).”*

El Director Provincial Napo en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 24 de abril de 2019 con memorando IESS-DPN-2019-0085-M de 1 de febrero de 2019, puso en conocimiento de los servidores: Asistente Administrativo, Contadora, Oficinista, Técnico Informático, Responsable de la Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Napo, Director Médico CCQA (HDÍA) EL TENA, el informe para dar cumplimiento a las recomendaciones, de manera inmediata y con el carácter de obligatorio; no obstante, no adjuntó documentación que respalde la supervisión y el establecimiento de procedimientos para el cumplimiento de la recomendación 3.

Además, del análisis de los contratos complementarios por el servicio de seguridad y vigilancia ejecutados en el año 2017 hasta el 15 de marzo de 2021, se identificó que los contratos S/N de 2018 e IESS-UPAJN-2019-001 de 2019 complementarios para el servicio de seguridad y vigilancia en la cláusula “PRIMERA: ANTECEDENTES”, hicieron referencia a la necesidad de suscribir los contratos complementarios hasta la aprobación de los nuevos presupuestos, lo que evidencia que al momento de su suscripción de los mencionados contratos no contaron con la certificación presupuestaria, para el financiamiento de las obligaciones generadas.

Con oficio 0208-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 20 de abril de 2022, se requirió al Director Provincial Napo, remitir evidencia documental en relación al cumplimiento de las recomendaciones 3 y 4, en su período de gestión, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de las recomendaciones 3 y 4 del informe DR8-DPN-AE-0009-2017, por parte del Director Provincial Napo en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 24 de abril de 2019, quien no supervisó, ni estableció procedimientos que garantice que los pagos de los contratos complementarios no sobrepasen el porcentaje establecido en la normativa legal vigente; y, no gestionó de manera

Cincuenta y cuatro al

anticipada el presupuesto institucional, lo que ocasionó que los pagos por contratos complementarios superen el 8% permitido por Ley; y que el financiamiento no se encuentre garantizado, que las deficiencias reveladas persistan y no se mejore el control interno de la entidad.

El referido servidor incumplió lo establecido en el artículo 92 Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado e inobservó las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficio 0538-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 8 de junio de 2022, se comunicó resultados provisionales al Director Provincial Napo, sin recibir respuesta.

Informe DR6-DPB-AE-0008-2017

El informe fue emitido como producto del examen *especial "a los ingresos, gastos y existencias en bienes de uso y consumo corriente y de inversión de la Dirección Provincial del IESS en Bolívar"*, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de *diciembre* de 2016, aprobado por el Delegado Provincial de Bolívar el 29 de mayo de 2017 y remitido a la Directora Provincial del IESS en Bolívar con oficio 0234-DR6-DPB el 6 de junio de 2017, en el que se emitieron 7 recomendaciones; de ellas 5 se cumplieron y 2 no cumplieron, que se citan a continuación:

Recomendaciones 2 y 4.

"... Información relevante de los procesos de contratación, no publicada en el Portal Compraspúblicas (sic).- Al Responsable de Servicios Corporativos .-2. Verificará que el servidor Usuario del Portal, publique la información relevante de los procedimientos de contratación en el Portal Compraspúblicas (sic) y realizará el seguimiento y control respectivo (...)"

"... Contratación en forma directa del servicio de seguridad y vigilancia .- Al Responsable de Servicios Corporativos .- 4. Verificará que el servidor encargado del manejo del Portal de Compraspúblicas (sic), publique las contrataciones realizadas a través del procedimiento de ínfima cuantía, en el Portal Institucional del Servicio Nacional de Contratación Pública; realizará el seguimiento y control respectivo (...)"

Quintero y Cía. S.A.

Situación actual:

Conforme al Reglamento Orgánico Funcional del IESS mediante Resolución C.D. 535, publicado en el R.O. Edición Especial 5 de 1 de junio 2017, se derogó la Resolución C. D. 457, publicada en R.O. Suplemento 45 del 30 de agosto de 2013; en el cual se estableció las atribuciones y responsabilidades de la Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera.

La Directora Provincial de Bolívar, encargada, con memorando IESS-DPB-2022-0567-M de 27 de abril de 2022, remitió detalle de los lotes de pago efectuados entre junio de 2017 y diciembre de 2019, en los cuales constó información de las adquisiciones realizadas con procesos de Subasta Inversa Electrónica signados con los códigos SIE-IESS-DPB-17-001, SIE-IESS-DPB-17-0004, SIE-IESS-DPB-2019-001 y SIE-IESSDPB-2019-003; mismos que no fueron identificados en la búsqueda de procesos publicados en la página web del SERCOP en los años 2017, 2018 y 2019; además, de la información remitida por la Directora Provincial se determinó una muestra de 13 procesos de ínfima cuantía, de los cuales 4 procesos no fueron publicados en el portal de compras públicas.

Con oficio 0479-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 16 de mayo de 2022, se requirió al Analista Administrativo – Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera información del cumplimiento de la recomendación 2 y 4, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de las recomendaciones 2 y 4 del informe DR6-DPB-AE-0008-2017, por parte del Oficinista – Responsable Provincial Administrativo Financiero – Dirección Provincial Bolívar, Analista Administrativo – Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera – Dirección Provincial Bolívar, en funciones entre el 11 de mayo de 2017 y el 1 de abril de 2018; y entre 2 de abril de 2018 y el 30 de junio de 2021, quien no verificó la publicación de información relevante de los procedimientos de contratación en el portal de compras públicas, ni que el servidor encargado del manejo del Portal de Compras Públicas, publique las contrataciones realizadas a través del procedimiento de ínfima cuantía, lo que ocasionó que la información no esté disponible para usuarios internos y externos, que las deficiencias administrativas no hayan sido rectificadas y no se mejore el control interno de la entidad.

González y S. S. M.

El citado servidor incumplió el artículo 92. Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservó las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficio 0714-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 22 de junio de 2022, se comunicó resultados provisionales al Oficinista – Responsable Provincial Administrativo Financiero – Dirección Provincial Bolívar, Analista Administrativo – Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera – Dirección Provincial Bolívar, sin obtener respuestas.

Informe DAI-AI-0219-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial "A LA VALIDACIÓN DE PLANILLAS POR AJUSTES EN MENOS; Y; A LA EMISIÓN Y UTILIZACIÓN DE NOTAS DE CRÉDITO EN LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL IESS LOS RÍOS" por el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de agosto de 2016, aprobado por el Director de Auditorías Internas, encargado el 30 de mayo de 2017 y remitido a la Auditoría Interna Jefe del IESS con oficio 19800-DAI de 30 de junio de 2017, servidora que a su vez, con memorando IESS-AI-2017-1184-ME de 6 de julio de 2017, dio a conocer a la Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El Planificador - 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-2016-0010-FDQ de 29 de abril de 2016, notificó a la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada; y, a la Directora Provincial Los Ríos, encargada, mediante memorandos IESS-DG-2017-1321-M y 1323-M de 14 de julio de 2017, el cumplimiento de las 10 recomendaciones emitidas; determinándose que 6 de ellas se cumplieron y 4 no se cumplieron como se detalla a continuación:

Recomendación 1

“... Falta de documentación de soporte por ajustes realizados en menos en planillas de aportes por modificación de números de días laborados en el sistema informático de Historia Laboral.- A la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura.- 1. Informará a los empleadores activos a nivel

Cincuenta y siete

nacional, a quienes se les emitieron notas de crédito por ajustes en menos en planillas de aportes efectuados en el sistema informático de Historia Laboral, con tipo de novedad MND (Modificación de números de días laborados), la reversión de los valores de las referidas notas de créditos; en caso de asistirles el derecho, se le (sic) concederá un plazo determinado para que presenten en la Secretaría de cada Dirección Provincial del IESS donde se les realizó el ajuste, la documentación que justifique el pedido; la misma que será previamente analizada, cuyo informe se remitirá en expediente a las respectivas Comisiones Provinciales de Prestaciones y Controversias, para resolver los reclamos de los patronos, mediante la emisión del Acuerdo (...)".

Situación actual:

La Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada, con memorando IESS-DNAC-2017-0960-M de 3 de octubre de 2017 comunicó a la Directora General y Subdirectora General del IESS, lo siguiente:

"... 1. Se notificó a los 82 RUC por correo electrónico sobre los valores que deben devolver al IESS. (Adjunto 82 notificaciones electrónicas).- 2. Adicionalmente, a las empresas que no fue posible localizar (Total 37) se notificó por la prensa, en el Diario La Hora los días 30 de septiembre de 2017, 1 y 3 de octubre de 2017.- 3. Con requerimientos funcionales... se solicitó la generación de pre comprobantes y comprobantes de pago de los 82 RUC conforme el valor establecido luego del análisis de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico de la Dirección Provincial de Los Ríos, dichos documentos se encuentran generados con fecha de vigencia de pago hasta el 31 de octubre de 2017 (...)".

El Subdirector Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información, con memorando IESS-SDNACGI-2018-0755-M de 6 de julio de 2018 convocó a reunión al Responsable de la Unidad Provincial Afiliación y Control Técnico Los Ríos, Coordinador Provincial de Afiliación y Control Técnico Pichincha, Responsable de Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico, encargado, para la entrega de las notas de crédito de los RUC reportados en los exámenes especiales de Auditoría; posteriormente el Subdirector Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información con memorando IESS-SDNACGI-2018-0768-M de 13 de julio de 2018 socializó la "Guía de Procedimientos para Análisis, Verificación y Depuración de las Novedades que generaron planillas de aportes con valores negativos, Vr. 1.1", misma que fue modificada con memorando IESS-SDNACGI-2019-0770-M de 3 de julio de 2019 con la "Vr. 1.2"; ante el incumplimiento de las recomendaciones 1 y 2, el Director Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2019-0968-M de 2 de septiembre de 2019, remitió al Director Provincial del Guayas, Directora Provincial Los

Cinco y ocho u

Ríos, encargada, y a la Subdirectora Nacional de Afiliación Cobertura y Gestión de la Información, encargada, el plan de contingencia con la finalidad de cumplir las recomendaciones.

El Director Provincial del Guayas, la Coordinadora Provincial de Afiliación y Control Técnico Pichincha, subrogante, y el Asistente Administrativo – Responsable de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico de los Ríos, con los memorandos IESS-DPG-2019-2759-M de 23 de octubre de 2019, IESS-CPACTP-2019-16719-M de 28 de noviembre de 2019, e IESS-UCPACTR-2021-0156-M de 2 de marzo de 2021, remitieron los informes del avance de depuración de notas de crédito; en los cuales se evidenció que de los 43 RUC en estado "Activa" generaron valores a pagar a 6 empleadores; y, los 23 RUC en estado "No localizada" generaron valores a recuperar a 2 empleadores (anexo 11); por lo que no se evidenció la recuperación de los valores faltantes de: 37 RUC en estado "Activa" y 21 RUC en estado "No localizada".

El Director Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2022-0590-M de 3 de mayo de 2022, anexó una matriz en la cual constó la distribución del plan de contingencia de los 82 RUC (43 activos, 23 No localizadas y 16 RUC Cerrado) constantes en el informe de auditoría DAI-AI-0219-2017, mismos que debieron ser distribuidos en su totalidad, entre las Direcciones Provinciales de Guayas y Los Ríos; y la Subdirección Nacional de Afiliación Cobertura y Gestión de la Información; sin embargo, de los referidos RUC se identificó que 5 en estado "Activa", 3 "No localizada" y 3 "Ruc Cerrado" no fueron distribuidos. Así también, se observó que, de los 43 RUC en estado "Activa", no se revirtieron las notas de crédito por ajustes en menos en planillas de aportes de 37 RUC, habiéndose generado solamente valores a pagar a 6 empleadores; y, de los 23 RUC en estado "No localizada" se generaron valores a recuperar a 2 empleadores, como se detalla en el siguiente cuadro resumen:

Notas de Crédito			
Estado	Cantidad Total	Generadas Para Recuperación	Pendientes
Activa	43	6	37
No Localizadas	23	2	21

La falta de implementación de la recomendación 1 del informe DAI-AI-0219-2017, por parte de los Directores Nacionales de Afiliación y Cobertura titulares y encargados en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 5 de enero de 2018; y, entre el 15 de marzo

Elencion ha p... 2019

de 2018 y el 30 de junio de 2021; quienes no revirtieron las notas de crédito ni generaron planillas de recuperación de los valores de las notas de crédito originadas por ajustes en menos en planillas de aportes, tampoco remitieron informes que determinen si fue procedente o no la novedad que generó valores en negativo, ni verificaron que remitan los Acuerdos de la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias Guayas a favor de las empresas para verificar la procedencia de esas notas de crédito; lo que ocasionó que no se continúe con el proceso de cobro a los empleadores, que las deficiencias reveladas persistan y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 2

“... Falta de documentación de soporte por ajustes realizados en menos en planillas de aportes por modificación de números de días laborados en el sistema informático de Historia Laboral.- A la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura.- 2. Solicitará a la Dirección General del IESS, que a través de la Dirección Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera previa coordinación con su área, se gestione ante los herederos de los Representantes Legales de las empresas que han cerrado sus actividades comerciales a nivel nacional, a quienes el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social les emitió notas de créditos por ajustes en menos en planillas de aportes, con tipo de novedad MND (Modificación de números de días laborados), la recuperación de los valores acreditados por dicho concepto, a fin de precautelar los recursos institucional (sic) (...).”

Situación actual:

El Director Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2022-0590-M de 3 de mayo de 2022, mencionó:

“...al inicio del análisis de la data de nota de crédito el procedimiento para la Recuperación de valores se realizaba manualmente a través de Requerimientos informáticos (RET) y no de manera automática, es por ello que los pre comprobantes de pago correspondientes a los 82 RUC inmersos en el Examen Especial, tenían fecha de caducidad..., mientras se generaba un procedimiento automático.... - Con este antecedente... se realizó el análisis de los 82 RUC luego de los cual (sic) se procedió a realizar las respectivas notificaciones... en vista de no haber obtenido respuesta de empleadores y servidores se procedió a generar los requerimientos por medio de la herramienta informática JTRAC... para la generación de los pre comprobantes por varias ocasiones hasta que la opción automática salga a producción (...).”

Lo expuesto por el servidor evidenció que no se realizaron las gestiones de cobro a los Representantes Legales ni a los herederos de los 16 RUC en estado “Ruc Cerrado”, durante el período de alcance de la acción de control.

Sesuto M

La falta de implementación de la recomendación 2 del informe DAI-AI-0219-2017, por parte de los Directores Nacionales de Afiliación y Cobertura titulares y encargados en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 5 de enero de 2018; y, entre el 15 de marzo de 2018 y el 30 de junio de 2021; no gestionaron acciones de cobro en conjunto con la Dirección Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera para recuperar los valores de las notas de crédito realizadas por ajustes en menos en las planillas de aportes efectuados en el sistema informático de Historia Laboral, con tipo de novedad MND; no coordinaron, ni gestionaron ante los herederos de los Representantes Legales de las empresas en estado “*Ruc Cerrado*” cancelen los valores de las notas de crédito por ajustes en menos en planillas de aportes; lo que ocasionó que no se efectúen los procesos de recaudaciones de las obligaciones patronales y no se reduzcan los valores de las notas de crédito por ajustes en menos en planillas de aportes, que las deficiencias reveladas persistan y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 9

“... Falta de documentación de soporte por ajustes realizados en menos en planillas de aportes por modificación de números de días laborados en el sistema informático de Historia Laboral .- Al Director Provincial del IESS - Los Ríos.- 9. Ordenará y vigilará a los servidores del Grupo Provincial de Afiliación y Cobertura, que la documentación de sustento de los ajustes en menos en planillas de aportes, se mantenga archivada en expedientes individuales, lo que permitirá al control posterior evidenciar y validar la legalidad y veracidad de la suspensión de aportes en el sistema de Historia Laboral, consecuentemente la legalidad de la emisión y utilización de las notas de créditos (...).”

Situación actual:

El Director Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2019-0968-M de 2 de septiembre de 2019, remitió al Director Provincial del Guayas el “*Plan de Contingencia a fin de cumplir recomendación de Contraloría General del Estado – Los Ríos*”, aprobado el 30 de agosto de 2019, en el cual se establecieron 28.661 novedades por ajuste en menos realizadas a las planillas de aportes contenidas en 43 RUC, para lo cual se trabajó en equipos, conformados por servidores de las Direcciones Provinciales de Los Ríos y Guayas; y la Subdirección Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información para la respectiva generación de planillas, actividad que se debió finalizar el 4 de diciembre de 2019.

Sebastián J. Lugo

El Director Provincial Los Ríos con memorando IESS-DPR-2022-1072-M de 27 de abril de 2022, informó en relación a los expedientes solicitados por auditoría, lo siguiente:

"... De la matriz que usted solicita información solo 2 RUC se (sic) analizaron servidores de la Provincia Los Ríos.- Se presume que los RUCs (sic) adicionales fueron depurados y analizados desde otra provincia ya que en la matriz de seguimiento de la Provincia de Los Ríos no se encuentran reportados (...)".

Sin embargo, el Director Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2022-0590-M de 3 de mayo de 2022, en relación a la documentación de sustento de los ajustes en menos en planillas de aportes, expuso lo siguiente:

"... La provincia de los Ríos tiene toda la información generadas por la Provincia del Guayas... y de los demás servidores que colaboraron en este proceso sobre las cuales debía realizar las acciones administrativas que les corresponda (...)".

Por lo expuesto, al no precisar la ubicación de los expedientes de empleadores que realizaron ajustes en menos en planillas de aportes, se evidenció que no se mantiene un control individualizado; lo que impidió verificar que las notas de crédito emitidas y utilizadas cuenten con el debido sustento.

La falta de implementación de la recomendación 9 del informe DAI-AI-0219-2017, por parte de los Directores Provinciales Los Ríos, encargados, en funciones entre el 12 de junio de 2017 y el 27 de octubre de 2019; entre el 29 de noviembre de 2019 y el 15 de junio de 2020; y, entre el 20 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2021; quienes no ordenaron, ni vigilaron el cumplimiento de la recomendación a todos los servidores que cumplieron con las funciones de Responsables de la Unidad de Afiliación y Control Técnico, lo que ocasionó que no permita controlar la documentación, validar la legalidad y veracidad de la suspensión de aportes en el sistema de Historia Laboral, manteniendo las deficiencias administrativas y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendación 10

"... Falta de documentación de soporte por ajustes realizados en menos en planillas de aportes por modificación de números de días laborados en el sistema informático de Historia Laboral.- Al Director Provincial del IESS

Sesenti y dos mil

- Los Ríos.- 10. Implementará y promulgará medidas de control, para el procedimiento de ajustes en menos en planillas de aportes con tipo de novedad MND (Modificación de números de días laborados), y la correspondiente emisión y utilización de notas de créditos, que realizan los servidores del Grupo Provincial de Afiliación y Cobertura en el sistema informático de Historia Laboral, lo que permitirá corregir deficiencias de manera oportuna, las mismas que se comunicarán a la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, para la revisión y aplicación de acciones correctivas (...).

Situación actual:

El Director Provincial Los Ríos con memorando IESS-DPR-2022-1072-M de 27 de abril de 2022 remitió la "Guía de procedimiento para análisis, verificación y depuración de planillas de aportes por el registro de novedades en historia laboral", la misma que fue aprobada por el Director Nacional de Afiliación y Cobertura el 23 de junio de 2017, para normar procedimientos de análisis, verificación y depuración de planillas de aportes por el registro de novedades en historia laboral dentro de las distintas provincias; sin embargo, no se evidenció la aplicación de los procedimientos establecidos en la referida guía, para la recuperación de los valores de las notas de crédito pertenecientes a los 82 RUC.

La falta de implementación de la recomendación 10 por parte de los Directores Provinciales Los Ríos, encargados en funciones entre el 12 de junio de 2017 y el 27 de octubre de 2019; entre el 29 de noviembre de 2019 y el 15 de junio de 2020; y, entre el 20 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2021; quienes no implementaron, ni promulgaron medidas de control para el procedimiento de ajustes en menos en planillas de aporte; tampoco, comunicaron a la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura de las deficiencias encontradas, lo ocasionó que no se apliquen acciones correctivas y que las notas de crédito a favor de los empleadores no se encuentren debidamente sustentadas y no sean rectificadas.

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 las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios 0545, 0546 y 0547-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 1 de junio de 2022 se comunicaron resultados provisionales a los Directores Nacionales de Afiliación y

Sesante y tras...

Cobertura; y, a los Directores Provinciales Los Ríos, encargados, recibiendo las siguientes respuestas.

La Directora Provincial Los Ríos, encargada en funciones entre el 20 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2021, mediante comunicación de 29 de junio de junio de 2022 informó que en cumplimiento de la recomendación 9, remitió el oficio IESS-UCPACTR-2020-0017-O de 18 de diciembre de 2020, suscrito por la Administradora, el cual fue dirigido al Responsable de la Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico de Los Ríos, evidenciando los ajustes de Aviso de Salida, ajustes de Modificación al número de días y ajustes en negativo, los mismos que dieron lugar a notas de crédito consumidas sin sustentos del empleador con RUC 0903517472001, en el cual recomendó la aprobación para la generación de recuperación de valores por planillas debido a la utilización de 834 notas de crédito y, se anulen las novedades, planillas y notas de crédito pendientes de utilizar, por cuanto el empleador no presentó los documentos de sustento.

Lo expuesto por la servidora ratifica lo comentado por auditoría; por cuanto, no se remitió evidencia documental de la generación de las planillas para recuperar los valores de las notas de crédito que constan en el informe.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, efectuada el 27 y 30 de junio de 2022, se recibió las siguientes respuestas:

El Director Nacional de Afiliación y Cobertura en funciones entre el 15 de marzo de 2018 y el 30 de junio de 2021 mediante comunicación de 1 de julio de 2022, informó:

“... Mediante memorando Nro. IESS-SDNACGI-2018-0755-M de fecha 06 de julio de 2018, se convocó a una reunión de trabajo al líder o responsable del equipo de Depuración de Notas de Crédito... en la cual se revisaron las actividades y los avances de las recomendaciones del examen especial en mención, además de impartirse las respectivas directrices. ... las mismas que contienen las metas y plazos de entrega de la información a ser depurada. - ...se solicitó el envío de información mensual con los avances al respecto de este tema. Adicionalmente con memorandos... se realizaron insistencias en el envío de las matrices de seguimiento de avances (...)”

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado, por cuanto a pesar de haber emitido lineamientos y directrices, no evidenció que se revirtieron las notas de crédito originadas por ajuste en menos en planillas de aportes sin el debido sustento.

Sesenta y cuatro

La Directora Provincial Los Ríos, encargada en funciones entre el 20 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2021 mediante comunicación de 4 de julio de 2022, remitió el memorando IESS-DPR-2021-2826-M de 27 de diciembre de 2021, en el cual informó a la Subdirectora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, encargada, que dispuso a los servidores de la Dirección Provincial Los Ríos el cumplimiento de la recomendación 9; además, señaló que se priorizará la ejecución de la creación de planillas RCV/PLV de 4.500 notas de crédito inconsistentes en cumplimiento de la recomendación 10.

Lo expuesto por la servidora ratifica lo comentado por auditoría, por cuanto a la fecha de la conferencia final de lectura del informe, no evidenció que se mantiene un control individualizado de los documentos de sustento de las notas de crédito emitidas y utilizadas; tampoco demostró la recuperación de los valores correspondientes a las 4.500 notas de crédito generadas sin el debido sustento.

La Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 5 de enero de 2018 con Oficio 001-AH-2022 de 7 de julio de 2022, informó que durante su período de actuación dispuso el procedimiento para el análisis de los ajustes en menos a las planillas de aportes, efectuaron capacitaciones, conformación de equipos de trabajo, e informó que la Dirección Provincial debía generar los comprobantes de pago de noviembre y diciembre; esto debido a que se generó en octubre de forma manual los "pre comprobantes de pago" con fecha de caducidad y solicitó a la Dirección Nacional de Tecnologías para que el proceso de recuperación de valores se lo haga de forma automática; sin embargo, no se logró su puesta en producción hasta su fin de gestión.

Lo mencionado por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, debido a que no se regeneraron las planillas de recuperación de los valores de las notas de crédito o una vez que los pre comprobantes de pago con fecha de caducidad al 31 de octubre de 2017 se regeneraron para los meses de noviembre y diciembre de 2017, período que estuvo en funciones; tampoco, coordinaron con la Dirección Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera para que se continúe con el proceso de cobro a los empleadores.

Sesenta y cinco

Informe DR7-DPI-AE-0029-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial "a los gastos; y, a las fases preparatoria, precontractual y contractual para la adquisición de bienes, servicios, consultorías y su utilización en la Dirección Provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Imbabura en el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2016, aprobado por el Delegado Provincial de Imbabura el 30 de agosto de 2017 y remitido al Director Provincial del IESS de Imbabura con oficio 519-DR7-DPI-2017 de 6 de octubre de 2017; informe que constó de 5 recomendaciones, de las cuales se cumplieron 5 de ellas, 1 no aplicable y 1 no cumplida.

El Director Provincial de Imbabura del IESS con memorando IESS-DPI-2019-0708-M de 24 de abril de 2019, dispuso el cumplimiento de las recomendaciones 4 y 5 a la Coordinadora Provincial Administrativa Financiera de Imbabura, que conforme al Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido mediante Resolución C.D. 535, publicado en el R.O. Edición Especial 5 de 1 de junio 2017, se derogó la Resolución C. D. 457, publicada en R.O. Suplemento 45 de 30 de agosto de 2013; en el cual se establecieron las atribuciones y responsabilidades de la Coordinación Provincial Administrativa Financiera; determinando que la recomendación 4 no fue cumplida conforme se detalla a continuación:

Recomendación 4

"... Falta de documentación de respaldo en expedientes de los procesos de contratación pública y publicación de información relevante .- A la Subdirectora Provincial de Servicios Corporativos de Imbabura .- 4. Dispondrá al Responsable de Compras Públicas aplique oportunamente procedimientos de control que permita publicar en el portal de compras públicas la información relevante como: certificaciones presupuestarias, resolución de inicio, contratos, facturas, actas de entrega recepción; lo que permitirá la finalización de los procesos de contratación y que esta información esté a disposición de los usuarios que la requieran para fines de consulta y control (...)"

Situación actual:

El Director Provincial Imbabura con memorando IESS-DPI-2022-0732-M de 31 de marzo de 2022, remitió el detalle de 92 procesos de adquisición de bienes y servicios

Susana J. Sosa

normalizados y no normalizados, realizados entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021, analizándose una muestra de 14 procesos de adquisición de bienes y servicios efectuados en la Dirección Provincial Imbabura, mediante Subasta Inversa Electrónica, Régimen Especial y Procedimiento Especial, determinándose que en 12 procesos no fue publicada la información relevante como: certificación presupuestaria, facturas y actas de entrega recepción, en 4, 9 y 2 procesos, en su orden (anexo 12).

El Oficinista, Responsable de Compras Públicas Imbabura, mediante comunicación de 5 de mayo de 2022, señaló que con memorando IESS-CPAFI-2019-0549-M de 9 de mayo de 2019, se puso en su conocimiento el cumplimiento de las recomendaciones; sin embargo, no remitió evidencia documental sobre la aplicación de procedimientos de control para publicar en el portal de compras públicas la información relevante de los procesos de contratación.

La Coordinadora Provincial Administrativa Financiera de Imbabura mediante comunicación de 6 de mayo de 2022, remitió el memorando IESS-CPAFI-2019-0593-M de 17 de mayo de 2019, dirigido al Director Provincial Imbabura, en el cual se informó que con memorando IESS-CPAFI-2019-0549-M de 9 de mayo de 2019, se puso en conocimiento al Oficinista de la Dirección Provincial del IESS de Imbabura - Responsable de Compras Públicas la aplicación inmediata de la recomendación 4; sin que se identifique evidencia documental de la aplicación de procedimientos de control, en la información publicada en el portal de compras públicas.

Con oficio 0252-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 28 de abril de 2022, se requirió a los Coordinadores Provinciales Administrativos Financieros Imbabura, Oficinista y la Asistente Administrativa, como Responsables de Compras Públicas, información del cumplimiento de la recomendación, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de la recomendación 4 del informe DR7-DPI-AE-0029-2017, por parte de la Coordinadora Provincial Administrativa Financiera de Imbabura, en funciones entre el 2 de enero de 2018 y el 31 de agosto de 2018; y, entre el 16 de enero de 2019 y el 15 de enero de 2021, quienes no dieron a conocer, ni dispusieron el cumplimiento de las recomendaciones a todos los servidores que desempeñaron las funciones de Responsable de Compras Públicas, durante el período auditado; tampoco supervisaron, ni controlaron que los Responsables de Compras Públicas,

Secretaría y síndico

aplicaron e informaron sobre los procedimientos de control, establecidos para la publicación de información relevante en el portal de compras públicas; el Oficinista de la Dirección Provincial del IESS de Imbabura - Responsable de Compras Públicas en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de agosto de 2020; quien como Responsable de Compras Públicas, no implementó ni socializó los procedimientos de control, para que se publique en el portal de compras públicas, la información relevante de todos los procesos realizados por la Dirección Provincial Imbabura; lo que ocasionó que la información no esté disponible para usuarios internos y externos, que las deficiencias administrativas no hayan sido rectificadas, y no se mejore el control interno de la entidad.

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 las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios 0511 y 0513-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 20 de mayo de 2022, se comunicaron resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales Administrativos Financieros de Imbabura, y al Oficinista de la Dirección Provincial de Imbabura – Responsable de Compras Públicas, sin recibir respuesta.

Informe DR8-DPS-0003-2017

El informe fue emitido como producto del examen especial *“a los gastos; y, a los procesos administrativos aplicados sobre la mora patronal, responsabilidad patronal y coactivas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Dirección Provincial de Sucumbíos”*, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2016, aprobado por el Delegado Provincial de Sucumbíos, el 6 de diciembre de 2017 e informó al Director Provincial Sucumbíos, encargado con oficio 268-DR8-DPS-AE de 9 de agosto de 2018, servidor que comunicó al Director General del IESS con memorando IESS-DPK-2018-0810-M de 25 de octubre de 2018.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, conforme la delegación del Director General del IESS a través de la Resolución

Se ejecuta y actúa

Administrativa IESS-DG-2016-010-FDQ de 29 de abril de 2016, mediante memorando IESS-DG-2018-2500-M de 12 de noviembre de 2018, notificó a la Directora Provincial Sucumbíos, encargada, la aplicación de las 11 recomendaciones; determinándose que 5 se cumplieron y 6 no fueron cumplidas, conforme se citan a continuación:

Recomendación 3

“... No se emitieron títulos de crédito por mora y responsabilidad patronal.- A la Directora Provincial del IESS de Sucumbíos.- Director Provincial del IESS de Sucumbíos.- 3. Dispondrá al Oficinista - Responsable Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva la revisión en el Sistema de Historia Laboral y se emitan los títulos de créditos por la mora patronal y responsabilidad patronal, los que los sorteará y los entregará a los abogados externos para el cobro por la vía coactiva (...).”

Situación actual:

La Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, con memorando IESS-DPK-2018-0659-M de 4 de septiembre de 2018, comunicó al Oficinista - Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva, al Responsable Provincial de Afiliación y Control Técnico y a la Abogada 2, las recomendaciones contenidas en el informe DR8-DPS-0003-2017, para su aplicación inmediata y obligatoria, y solicitó se comuniquen las gestiones realizadas para su cumplimiento.

El Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva / Unidad Provincial de Cartera y Coactiva, con memorando IESS-UPCCK-2019-0050-M de 6 de junio de 2019, informó que no se realizó la depuración de la base de empleadores en mora; por lo que solicitó a la Directora Provincial de Sucumbíos y a la Abogada 2, un plazo prudencial y apoyo de un funcionario para depurar los 1.865 empleadores individuales que mantienen glosas en mora.

De la consulta realizada en el “*Reporte de Títulos de Crédito*” del sistema de Historia Laboral del IESS de la Provincia de Sucumbíos, se observó que de 6.171 Títulos de Crédito, que registraron su último estado entre enero de 2017 y junio de 2021, no generaron acciones de cobro y tampoco fueron asignados a los abogados externos, como se detalla a continuación:

Sesent y nueve

Estado Títulos de Crédito	Total Títulos de Crédito	Tiempo Transcurrido
Generado	1.698	Entre 0 meses hasta 3 años y 6 meses
Guía Generada para REFRED.	4.350	Entre 0 meses hasta 3 años y 9 meses
Transferido a Resorteo	123	Entre 5 meses hasta 3 años y 9 meses
Total general	6.171	

De lo expuesto, se evidenció que el Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva / Unidad Provincial de Cartera y Coactiva no revisó la información registrada en el sistema informático de Historia Laboral, para detectar las inconsistencias, realizar el trámite respectivo y tomar las decisiones tendientes para la recaudación de la mora patronal, en los plazos establecidos; así como, no verificó el estado y antigüedad de los títulos de crédito, para la generación de la guía, no legalizó las guías de refrendación; y, no procedió con el sorteo o resorteo para la asignación de un abogado, para que de esta manera se gestione el cobro, conforme los plazos establecidos en los artículos 152 y 181 de las Resoluciones C.D. 516 y 625, respectivamente.

Con oficios 0556 y 0589-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 1 y 3 de junio de 2022, se requirió a la Directora Provincial de Sucumbíos información del cumplimiento de la recomendación 3, sin obtener respuesta.

La falta de implementación de la recomendación 3 del informe DR8-DPS-0003-2017, por parte de la Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, en función entre el 1 de enero de 2017 y el 25 de febrero de 2020, no controló que el Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva/Unidad Provincial de Cartera y Coactiva en funciones entre el 8 de febrero de 2017 y el 30 de junio de 2021 realice la revisión de los títulos de crédito para el trámite de proceso coactivo; y, no controló que se emitan las guías con los títulos de crédito refrendados por el Juez de Coactivas para el sorteo y asignación de un abogado para el inicio de las acciones coactivas; lo que ocasionó, que no se recaude por vía coactiva, que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendaciones 4 y 9

“... No se emitieron títulos de crédito por mora y responsabilidad patronal.- A la Directora Provincial de IESS de Sucumbíos.- 4. Conjuntamente con la Abogada del IESS, comunicará y solicitará a la Fiscalía

Século M

que inicie las investigaciones correspondientes de las retenciones ilegales de aportación a la seguridad social como aportes y préstamos que realizaron los patronos a sus trabajadores y no los depositó en el IESS en el plazo máximo de 90 días contados a partir de la fecha de retención. Lo que realizarán el seguimiento a fin de que se determine las responsabilidades penales que determine la administración de justicia (...)”.

“... Títulos de créditos por obligaciones patronales no fueron cobrados.- A la Directora Provincial del IESS de Sucumbíos.- 9. Remitirá a la Fiscalía Provincial de Sucumbíos cada 90 días el listado de los empleadores que retuvieron los aportes patronales, personales y descuentos por préstamos quirografarios y no los depositó al IESS y solicitará que inicie la investigación respectiva; realizará el seguimiento y creará una base de datos de las personas naturales o jurídicas sancionadas y comunicará periódicamente al Director General del IESS (...)”.

Situación actual:

La Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, con memorando IESS-DPK-2018-0659-M de 4 de septiembre de 2018 remitió a la Abogada 2 y al Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva / Unidad Provincial de Cartera y Coactiva, y, al Responsable Provincial de Afiliación y Control Técnico/Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico Sucumbíos, las recomendaciones para su aplicación inmediata y obligatoria; y, solicitó se comuniquen las gestiones realizadas para su cumplimiento.

La Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, mediante memorando IESS-DPK-2022-0387-M de 7 de marzo de 2022, adjuntó cuatro denuncias presentadas en los años 2019 y 2020 ante la Fiscalía Provincial de Sucumbíos, por un monto de 41 016,16 USD, sin que se establezca el estado de las causas; documentación que no evidencia el cumplimiento de las recomendaciones 4 y 9.

Con oficios 0554, 0556, 0587-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022, de 1 y 3 de junio de 2022, se requirió a las Directoras Provinciales de Sucumbíos, encargadas y a la Abogada 2 de la Dirección Provincial de Sucumbíos, información del cumplimiento de las recomendaciones 4 y 9, sin recibir respuesta.

La falta de implementación de las recomendaciones 4 y 9 del informe DR8-DPS-0003-2017, por parte de las Directoras Provinciales, encargadas, en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 25 de febrero de 2020; y, entre el 26 de febrero de 2020 al 30 de

Se cuenta con...

junio de 2021; y, la Abogada 2 de la Dirección Provincial de Sucumbíos, en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2021; quienes no realizaron el seguimiento, no comunicaron, ni solicitaron a la Fiscalía inicie las investigaciones respectivas a los empleadores que realizaron retenciones a sus trabajadores por aportaciones a la seguridad social y que no fueron depositados en el IESS en el plazo máximo de 90 días, contados a partir de la fecha de retención; lo que ocasionó que no se determinen las responsabilidades penales pertinentes a los empleadores, que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

Recomendaciones 5, 7 y 8

“... Títulos de créditos por obligaciones patronales no fueron cobrados.- A la Directora Provincial del IESS de Sucumbíos.- 5. Dispondrá a los abogados externos el inicio de los juicios coactivos y medidas cautelares correspondientes para la recuperación de los títulos de créditos emitidos.- 7. Coordinará con la Dirección de Talento Humano del IESS - Matriz, la contratación directa de abogados externos para la recuperación de la mora patronal y responsabilidad patronal y asignará los 9.340 títulos de créditos a fin de que inicien los procesos coactivos para su recuperación.- 8. Evaluará cada 60 días la recuperación de los títulos de crédito que fueron entregados a los abogados externos y en caso de incumplimiento dará por terminado su contratación y los asignará a nuevos profesionales del derecho que se encargarán de la recuperación de la cartera (...).”

Situación actual:

La Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, con los memorando IESS-DPK-2018-0903-M de 28 de noviembre de 2018 e IESS-DPK-2019-0062-M de 21 de enero de 2019, solicitó a la Directora Nacional de Servicios Corporativos y a la Subdirectora Nacional de Gestión de Talento Humano, la autorización para la contratación directa de abogados externos.

La Directora Nacional de Servicios Corporativos, con memorando IESS-DNSC-2019-0725-M de 8 de febrero de 2019, comunicó a la Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, que debe realizar el pedido a la Subdirección Nacional de Gestión de Cartera, para la contratación de abogados externos; sin embargo, no se evidenció que estableció la cantidad de secretarios abogados requeridos conforme el volumen de títulos de crédito, tampoco, demostraron que se realizó la contratación y la asignación a los abogados externos de los 9.340 títulos de crédito mencionados en el informe DR8-DPS-0003-2017; ni remitieron los documentos de las evaluaciones realizadas a

Setenta y dos

los abogados externos cada 60 días, quienes debían recaudar la deuda en un plazo de 180 días, conforme al artículo 181 de la Resolución C.D. 625.

Con oficio 0589-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 3 de junio de 2022, se requirió a la Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, información del cumplimiento de las recomendaciones 5, 7 y 8, sin recibir respuestas.

La falta de implementación de las recomendaciones 5, 7 y 8 del informe DR8-DPS-0003-2017 por parte de la Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, en funciones entre el 1 de enero de 2017 y el 25 de febrero de 2020, quien no dispuso a los abogados externos el inicio de los juicios coactivos y medidas cautelares; no determinó la cantidad de los abogados externos para distribuir los 9.340 títulos de crédito que requerían acciones legales, ni coordinó con la Dirección de Talento Humano del IESS – Matriz la respectiva contratación; no evaluó cada 60 días a los abogados externos; lo que ocasionó, que no se recuperen los valores establecidos por mora y responsabilidad patronal, que persista la deficiencia revelada y no se mejore el control interno de la entidad.

La citada servidora incumplió el artículo 92 Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; e inobservó las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

Con oficios 0653 y 0654, 0678 y 0681-0004-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 13 de junio de 2022, se comunicaron resultados provisionales a las Directoras de la Dirección Provincial de Sucumbíos; a la Abogada 2 de la Dirección Provincial de Sucumbíos; y, al Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva / Unidad Provincial de Cartera y Coactiva, y se recibieron las siguientes respuestas.

La Directora Provincial de Sucumbíos, encargada, en funciones entre el 26 de febrero de 2020 y 30 de junio de 2021, con memorando IESS-DPK-2022-0991-M de 17 de junio de 2022, informó que conforme al memorando IESS-DNRGC-2021-0727-M de 31 de mayo de 2021 del Director Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera, encargado, en el cual señaló que a partir de 7 de junio de 2021, se levantó la suspensión a los procedimientos coactivos, por tal motivo, en su período de funciones no le fue posible realizar todas las gestiones para cumplir con las recomendaciones 3,

Setenta y tres

4, 5, 7, 8 y 9, debido a la suspensión de los términos y plazos de los procesos coactivos determinados en el artículo 4 de la Resolución C.D. 599 de 25 de marzo de 2020 y artículo 14 de la Resolución 604 de 5 de agosto de 2020 por la crisis sanitaria.

Lo expuesto modifica lo comentado parcialmente por auditoría; sin embargo, la servidora no remitió evidencia que realizó el seguimiento e inicio de las investigaciones a los empleadores que realizaron retenciones a sus trabajadores por aportaciones a la Seguridad Social y no fueron depositados al IESS, manteniendo el criterio de auditoría para las recomendaciones 4 y 9.

El Oficinista – Coordinador Provincial de Gestión de Cartera y Coactiva/Unidad Provincial de Cartera y Coactiva en funciones entre el 8 de febrero de 2017 y el 30 de junio de 2021, con memorando IESS-UPCCK-2022-0081-M de 23 de junio de 2022, adjuntó la “Emisión de Guías de Títulos de Crédito” en el cual refleja “Existen-0-glosas notificadas por más de 8 días”, además, informó lo siguiente:

“...la emisión de títulos de crédito ha sido de control permanente y ha sido realizado regularmente mediante la generación de los títulos de crédito de las glosas que se encuentran notificadas por más de 8 días, proceso que a la fecha es automático... Como medio de verificación tenemos capturas de pantalla con corte a 29 de noviembre de 2018 y marzo 2019 donde se observa que no existen glosas pendientes de transferir a títulos de crédito ni títulos de crédito pendientes para generar guía de refrendación.- ...no intervengo en el proceso de sortero de títulos de crédito debido a que no poseo las claves o roles de “Juez de Coactiva (...)”.

Lo expuesto, no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto, no adjuntó documentación que evidencie que controló el estado y antigüedad de los Títulos de Crédito para detectar las inconsistencias, o en su defecto realizar el trámite respectivo para la recaudación de la mora patronal de los 6.171 Títulos de Crédito.

Conclusión

De las 137 recomendaciones analizadas, se determinó que 92 se cumplieron; 3 no fueron analizadas, 4 no fueron aplicables; y, 38 no se cumplieron, debido a que los servidores responsables de su implementación; no efectuaron las acciones administrativas relacionadas con los hechos relatados y no tomaron acciones destinadas a subsanar las observaciones establecidas que permitan cumplir las recomendaciones emitidas, lo que ocasionó que se adjudiquen procesos de compra de

Séptimo y octavo

fármacos a proveedores que no cumplieron con los requisitos establecidos en los pliegos, especificaciones técnicas y PAC; que se trasladen y se mantengan dispositivos médicos caducados en la bodega de cuarentena; que los despachos de medicinas realizados a los pacientes entre el 1 de mayo de 2014 y el 11 de marzo de 2015, no dispongan de los documentos que respalden la legalidad y veracidad; lo que ocasionó que los bienes adquiridos se sigan deteriorándose; que no se cuente con información que sustente la compra y garantice el uso de los bienes adquiridos; que no se garantice la utilización de los bienes objeto de contratación; que la información no esté disponible en la herramienta informática del SERCOP para usuarios internos y externos; que no se recupere los valores generados por mora patronal; que las glosas no sean canceladas o en su defecto se emitan los títulos de crédito para la recaudación vía coactiva; que las glosas no sean canceladas o en su defecto se emitan los títulos de crédito para la recaudación vía coactiva; que no se pueda determinar el tiempo en el que se inició el proceso coactivo ni se observen las acciones legales de los abogados designados para el proceso de recuperación y si éstos excedieron o no el plazo de ciento ochenta días (180); que los expedientes de las glosas anuladas no cuenten con el respectivo justificativo para que continúen con el proceso coactivo; que los procesos de ajustes de planillas, efectuados en el sistema de Historia Laboral de 7 afiliados, no cuenten con los documentos que evidencien la legalidad de los cambios; que las cuentas de bienes de larga duración no se encuentren depuradas; que no se cuente con un registro contable actualizado; que no se cuente con información de los procedimientos que prevengan riesgos e ineficiencias administrativas en el control de los bienes de larga duración; que se realicen adquisiciones con proveedores recurrentes, no se consoliden los procedimientos de contratación; que los pagos por contratos complementarios superen el 8% permitido por Ley y que el financiamiento no se encuentre garantizado; que no se continúe con el proceso de cobro a los empleadores; que no se efectúen los procesos de recaudaciones de las obligaciones patronales y no se reduzcan los valores de las notas de crédito por ajustes en menos en planillas de aportes; que no permita controlar la documentación, validar la legalidad y veracidad de la suspensión de aportes en el sistema de Historia Laboral; que no se apliquen acciones correctivas y que las notas de crédito a favor de los empleadores no se encuentren debidamente sustentadas y no sean rectificadas; que no se recaude por vía coactiva; que no se determinen las responsabilidades penales pertinentes a los empleadores; que no se recuperen los valores establecidos por mora y responsabilidad patronal; que las deficiencias encontradas no sean subsanadas y no se fortalezca el control interno.

Selente 10/10/11

Recomendaciones

Al Director General

1. Dispondrá y controlará al Coordinador del Equipo de Seguimiento de la Dirección General del IESS, elabore un cronograma de las recomendaciones incumplidas, con el detalle de las mismas, responsables de su cumplimiento, plazo y medios documentales de verificación, con la finalidad de realizar su seguimiento y asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.
2. Dispondrá al Coordinador del Equipo de Seguimiento de la Dirección General del IESS, que en conjunto con los Responsables de Talento Humano de todas las dependencias que forman parte del IESS a nivel nacional, que al momento de existir cambios de autoridades y de los Responsables del cumplimiento de las recomendaciones, se comunique a los servidores entrantes, todas las recomendaciones de los informes aprobados por la Contraloría General del Estado, con la finalidad de que se adopten medidas para su cumplimiento.

Sección 1 R.15.10



Ing. Francisco Xavier Naranjo Hidalgo

Auditor Interno Jefe IESS