



CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN NACIONAL DE AUDITORÍAS INTERNAS

DNAI-AI-0005-2019

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME GENERAL

Examen Especial al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018

TIPO DE EXAMEN :

EE

PERIODO DESDE : 2016-07-01

HASTA : 2018-04-30

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL - IESS

Examen especial al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018.

AUDITORÍA INTERNA

Quito - Ecuador

RELACIÓN DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

C	Cumplida
C.C.Q.A.H.D	Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día
CD	Consejo Directivo
CE CG	Centro de Especialidades Central Guayas
CFN	Corporación Financiera Nacional
CI	Comisión Interventora
CUR	Comprobante Único de Registro
CSB	Centro de Salud B
DNAC	Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura
DNTI	Dirección Nacional de Tecnología de la Información
DG	Dirección General
eSIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
HB-CH	Hospital Básico Chone
HJCA	Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
I	Incumplida
NA	No aplicable
PAC	Plan Anual de Contratación
PC	Parcialmente cumplida
RUC	Registro Único de Contribuyentes
SERCOP	Servicio Nacional de Contratación Pública
SGSIF	Seguro General de Salud Individual y Familiar
SRI	Servicio de Rentas Internas
USD	Dólar de los Estados Unidos de Norteamérica

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Carta de presentación	1
CAPÍTULO I	
INFORMACIÓN INTRODUCTORIA	
Motivo del examen	2
Objetivo del examen	2
Alcance del examen	2
Base legal	2
Estructura orgánica	4
Objetivo de la entidad	7
Monto de recursos examinados	8
Servidores relacionados	8
CAPÍTULO II	
RESULTADOS DEL EXAMEN	
Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes de auditoría	9
Informe DAI-AI-0998-2016: Examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de bienes de larga duración, en el IESS Seguro de Salud Centro AA Central Guayas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2015.	9
Informe DAI-AI-1005-2016: Examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de farmacia, en el IESS, Hospital de Chone, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2015.	20
Informe DAI-AI-1029-2016: Examen especial al proceso de entrega y cambio de claves; Registro de cuentas bancarias; y concesión de prestaciones de fondos de reserva y cesantía a nivel nacional, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015.	27
Informe DAI-AI-1040-2016: Examen especial a la asistencia técnica y mantenimiento de las plataformas e infraestructuras tecnológicas en los centros de cómputo de la dirección de desarrollo institucional, actual dirección nacional de tecnología de la información por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2015.	37
Informe DAI-AI-1065-2016: Examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de farmacia en la Unidad de Atención Ambulatoria IESS El Empalme, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2015	50

Informe DAI-AI-1077-2016: 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 administración de las medicinas en farmacia, en la Unidad de Atención Ambulatoria de Zaruma posteriormente denominada Centro de Salud B-Zaruma, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015,	66
Informe DAI-AI-1096-2016: Examen especial a la calificación de derechos previa a la atención médica; determinación y recuperación de la responsabilidad patronal en el Hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009	87
Informe DAI-AI-1152-2016: Examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución, liquidación de los contratos de adquisición de bienes y servicios, su registro, utilización y destino; al registro, control y custodia de bienes de larga duración; recepción, control y entrega de medicinas en bodega y farmacia en el Centro de Atención Ambulatoria el Batán, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2010 y el 25 de noviembre de 2015.	109
Informe DAI-AI-1172-2016: Examen especial a la emisión de certificados médicos concedidos a servidores del Hospital General Martín Icaza por personal médico de los Hospitales del IESS de Babahoyo y Teodoro Maldonado Carbo; y, a la determinación de los subsidios, en las Direcciones Provinciales del Guayas y Los Ríos en el IESS, ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, por el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2014 y el 31 de diciembre de 2015.	119
Informe DAI-AI-1225-2016: 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 Santa Elena, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2016.	122
Informe DAPyA-AI-0013-2016: Examen especial a la prestación de servicios de salud y a la utilización de equipos, insumos médicos y medicinas, del IESS Hospital Nivel 1 Guaranda, por el período comprendido entre el 1 de abril de 2006 y el 31 de marzo de 2012.	127
Informe DAPyA-AI-0024-2016: Examen especial a la prestación de servicios de salud y a la utilización de equipos, insumos médicos y medicinas, del IESS Hospital Nivel 1 Guaranda, por el período comprendido entre el 1 de abril de 2006 y el 31 de marzo de 2012.	128

Anexos

Anexo 1:	Servidores relacionados
Anexo 2:	Detalle de informes con el estado de cumplimiento de las recomendaciones
Anexo 3:	Detalle de informes analizados con el cumplimiento de las recomendaciones
Anexo 4:	Detalle de recomendaciones no aplicables



Ref. Informe aprobado el 2019-01-07 .

Quito,

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 las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018.

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. Marco Antonio Guevara Daqui
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 0008-IESS-AI-2018 de 8 de mayo de 2018 suscrita por el Auditor Interno del IESS y en cumplimiento del Plan Operativo de Control del año 2018 de la Unidad de Auditoría Interna del IESS y modificación autorizada por el Director Nacional de Auditorías Internas mediante oficio 30183-DNAI de 30 de julio de 2018.

Objetivo del examen

Determinar el cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016.

Alcance del examen

Comprendió el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en los informes de la auditoría interna aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018.

No se analizó en esta acción de control 36 recomendaciones de 3 informes aprobados en el segundo semestre del año 2016, en razón de que el seguimiento a su cumplimiento se efectuó como parte de los exámenes ejecutados por la auditoría interna y externa de la Contraloría General del Estado, conforme consta en anexo 3.

Base legal

Con Decreto Supremo 9 de 23 de junio de 1970, publicado en el R. O. 6 de 29 de junio de 1970, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión; 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, que

[Firma]

continúa vigente con la Ley de Seguridad Social publicada en Suplemento de R. O. 465 de 30 de noviembre de 2001.

La Ley de Seguridad Social, 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 del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

El artículo 18 del mismo cuerpo legal menciona que el IESS organizará sus actividades de afiliación y recaudación de los aportes y contribuciones obligatorios por circunscripciones territoriales, que estarán bajo la responsabilidad de las direcciones provinciales subordinadas a la autoridad ejecutiva del Director General; así también el artículo 35 dispone que la Dirección Provincial tendrá por misión principal la aplicación de las estrategias de aseguramiento obligatorio, la recaudación oportuna de las aportaciones de los empleadores y asegurados, la calificación del derecho a prestaciones de los afiliados comprendidos en la circunscripción geográfica de su competencia. Será el órgano responsable del manejo de las cuentas patronales e individuales de los asegurados del ejercicio de la jurisdicción coactiva, y de la consolidación de la información presupuestaria y contable de todas las dependencias administrativas subordinadas a su autoridad.

El artículo 20 de la Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, que contiene el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, consideró los principios de desconcentración geográfica y descentralización operativa; para el efecto, se determinaron 4 niveles según su complejidad.

En Edición Especial 45 de Registro Oficial de 30 de agosto de 2013, se publicó la Resolución C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, la misma que contiene el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la estructura orgánica por procesos operativos y de apoyo administrativo del IESS.

El Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, vigente desde el 6 de mayo de 2017, según Razón sentada en el mismo cuerpo de la Resolución, expidió el Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

TRES

Comisión de seguimiento de la Dirección General

El Director General del IESS con oficios 12000000-CSS-141 y 158 de 13 y 18 de febrero de 2009, informó a los Directores de las diferentes dependencias del IESS que para cumplir lo dispuesto en el artículo 92 de la LOCGE se conformó una Comisión de Seguimiento de apoyo directo a su gestión para que efectuó la evaluación, apoyo y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones constantes en los informes de la auditoría interna y externa aprobados por la Contraloría General del Estado designando como Coordinador al Abogado 3 y que sus resultados serán comunicados al Consejo Directivo del IESS y al Organismo de Control que corresponda.

Los Directores Generales del IESS de turno, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, emitieron Resoluciones Administrativas, con las que delegaron al Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las funciones de control y su cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los distintos órganos de control, mismas que se detallan:

No. Resolución	Fecha suscripción	Vigencia	
		Desde	Hasta
IESS-DG-2016-00010-RFDQ	2016-04-29	2016-04-29	2017-12-25
IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ	2017-12-26	2017-12-26	2018-01-10
IESS-DG-2018-0003-CMJ-RFDQ	2018-02-02	2018-02-02	2018-02-26
IESS-DG-2018-0001-RFDQ	2018-02-27	2018-02-27	2018-04-30

Estructura orgánica

En el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, mismo que entró en vigencia el 6 de mayo de 2017 y publicado en el Registro Oficial Edición Especial 5 de 1 de junio de 2017, constó la siguiente estructura organizacional:

1. **Procesos Gobernantes:** Direccionamiento Estratégico
 1. Órgano Máximo del Gobierno del IESS: Consejo Directivo
 2. Órgano Ejecutivo: Dirección General
2. **Procesos Adjetivos de Asesoría del Consejo Directivo**
 - 2.1. Miembros de la Comisión Nacional de Apelaciones
 - 2.2. Director (a) Nacional de Riesgos Institucionales
 - 2.3. Director (a) Actuarial, de Investigación y Estadística
 - 2.4. Prosecretario (a) del Consejo Directivo
 - 2.5 Auditor (a) Interno

CUATRO

3. Procesos Sustantivos

3.1. Subdirector (a) General

3.1.1 Director (a) Nacional de Afiliación y Cobertura

3.1.1.1 Subdirector (a) Nacional de Afiliación, Cobertura y Gestión de la Información

3.1.1.2 Subdirector (a) Nacional de Control Técnico

3.1.2 Director (a) Nacional de Recaudación y Gestión de Cartera

3.1.2.1 Subdirector (a) Nacional de Recaudación

3.1.2.2 Subdirector (a) Nacional de Gestión de Cartera

3.1.3 Director (a) del Seguro General de Salud Individual y Familiar

3.1.3.1 Subdirector (a) Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud

3.1.3.1.1 Coordinación Nacional de Articulación del Seguro de Salud

3.1.3.1.2 Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de la Salud

3.1.3.1.3 Coordinación Nacional de Inteligencia de la Salud

3.1.3.1.4 Coordinación Nacional de Economía de la Salud

3.1.3.1.5 Coordinación Nacional de Control Técnico del Seguro de Salud

3.1.3.2 Subdirector (a) Nacional de Provisión de Servicios de Salud

3.1.3.2.1 Coordinación Nacional de Hospitales

3.1.3.2.2 Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención

3.1.3.2.3 Coordinación Nacional de Atención Prehospitalaria y Unidades Móviles

3.1.3.2.4 Coordinación Nacional de Centros Especializados

3.1.3.2.5 Coordinación Nacional de Medicamentos

3.1.3.2.6 Coordinación Nacional de Dispositivos Médicos

3.1.3.2.7 Coordinación Nacional de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres

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

3.1.3.3.1 Coordinación Nacional de Calidad

3.1.3.3.2 Coordinación Nacional de Infraestructura Médica

3.1.3.3.3 Coordinación Nacional de Equipamiento Sanitario

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

3.1.3.4.1 Coordinación Nacional de Estadística de Salud

3.1.3.4.2 Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud

3.1.3.5 Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro de Salud

3.1.4 Director (a) del Seguro Social Campesino

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

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

3.1.4.3 Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro Social Campesino

CINCO

- 3.1.5 Director (a) del Seguro General de Riesgos de Trabajo
 - 3.1.5.1 Subdirector (a) Nacional de Gestión y Control del Seguro de Riesgos de Trabajo
 - 3.1.5.2 Subdirector (a) Nacional Financiero del Seguro de Riesgos de Trabajo.
- 3.1.6 Director (a) del Sistema de Pensiones
 - 3.1.6.1 Subdirector (a) Nacional de Gestión y Control del Sistema de Pensiones
 - 3.1.6.2 Subdirector (a) Nacional Financiero del Sistema de Pensiones.
- 3.1.7 Director (a) Nacional de Fondos de Terceros y Seguro de Desempleo
 - 3.1.7.1 Subdirector (a) Nacional del Seguro de Desempleo
 - 3.1.7.2 Subdirector (a) Nacional de Fondos de Terceros

4. Procesos Adjettivos de Apoyo

- 4.1. Director (a) Nacional de Gestión Financiera
 - 4.1.1 Subdirector (a) Nacional de Consolidación del Presupuesto
 - 4.1.2 Subdirector (a) Nacional de Contabilidad
 - 4.1.3 Subdirector (a) Nacional de Transferencias y Pagos
 - 4.1.4 Subdirector (a) Nacional de Supervisión de la Rentabilidad de los Fondos Previsionales
- 4.2. Director (a) Nacional de Tecnologías de la Información
 - 4.2.1 Subdirector (a) Nacional de Infraestructura de Tecnología de la Información
 - 4.2.2 Subdirector (a) Nacional de Desarrollo Informático
 - 4.2.3 Subdirector (a) Nacional de Arquitectura y Soluciones
 - 4.2.4 Subdirector (a) Nacional de Seguridad Informática
- 4.3. Director (a) Nacional de Servicios Corporativos
 - 4.3.1 Subdirector (a) Nacional Administrativo
 - 4.3.2 Subdirector (a) Nacional de Compras Públicas
 - 4.3.3 Subdirector (a) Nacional de Infraestructura y Equipamiento
 - 4.3.4 Subdirector (a) Nacional de Gestión de Talento Humano
 - 4.3.5 Subdirector (a) Nacional de Gestión Documental

5. Procesos Adjettivos de Asesoría de la Dirección General

- 5.1 Director (a) Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales
- 5.2 Director (a) Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano
- 5.3 Director (a) Nacional de Comunicación Social
- 5.4 Procurador (a) General
 - 5.4.1 Subdirector (a) Nacional de Patrocinio
 - 5.4.2 Subdirector (a) Nacional de Asesoría Legal
- 5.5 Director (a) Nacional de Proceso
- 5.6 Director (a) Nacional de Planificación
 - 5.6.1 Subdirector (a) Nacional de Programación y Proyectos
 - 5.6.2 Subdirector (a) Nacional de Seguimiento y Evaluación

6. Procesos Desconcentrados

6.1. Procesos Gobernantes Desconcentrados

- 6.1.1 Director (a) Provincial

6.2. Procesos Sustantivos Desconcentrados

- 6.2.1 Coordinador (a) Provincial de Servicios de Atención al Ciudadano
 - Unidad Provincial de Servicios de Atención al Ciudadano
 - 6.2.1.1 Centros de Atención Universal

SEIS

- 6.2.2 Coordinador (a) Provincial de Afiliación y Control Técnico
Unidad Provincial de Afiliación y Control Técnico
- 6.2.3 Coordinador (a) Provincial de Cartera y Coactiva
Unidad Provincial de Cartera y Coactiva
- 6.2.4 Coordinador (a) Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
Unidad Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
- 6.2.5 Coordinador (a) Provincial del Seguro Social Campesino
Unidad Provincial de Seguro Social Campesino
- 6.2.6 Coordinador (a) Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, Desempleo y Fondos de Terceros
Unidad Provincial de Prestaciones de Pensiones, Riesgos de Trabajo, Desempleo y Fondos de Terceros

6.3. Procesos Adjettivos de Asesoría y Apoyo Desconcentrados

- 6.3.1 Miembros de la Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias
- 6.3.2 Coordinador (a) Provincial de Asesoría Jurídica
Unidad Provincial de Asesoría Jurídica
- 6.3.3 Unidad Provincial de Planificación
- 6.3.4 Coordinador (a) Provincial Administrativo Financiero
Unidad Provincial Administrativo Financiero
- 6.3.5 Unidad Provincial de Comunicación Social

Objetivos de la entidad

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley de Seguridad, el IESS es 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 del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

En el artículo 7 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, mismo que entró en vigencia el 6 de mayo de 2017 y publicado en el Registro Oficial Edición Especial 5 de 1 de junio de 2017, constan los siguientes objetivos estratégicos del IESS:

1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional
2. Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior
3. Incrementar la eficiencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros

SIEFE 63

Monto de recursos examinados

Por la naturaleza del examen el monto de recursos examinados es indeterminado, por cuanto se consideró la cantidad de recomendaciones que contenían los 13 informes de auditoría, conforme se presenta en el siguiente cuadro y el detalle consta en anexo 2.

Resumen del cumplimiento de las recomendaciones		
Estado	Número	%
Cumplidas	89	64,75
No aplicables	11	7,19
Parcialmente cumplidas	27	19,43
Incumplidas	12	8,63
Total emitidas	139	100,00

Servidores relacionados

Consta en anexo 1

ccifo

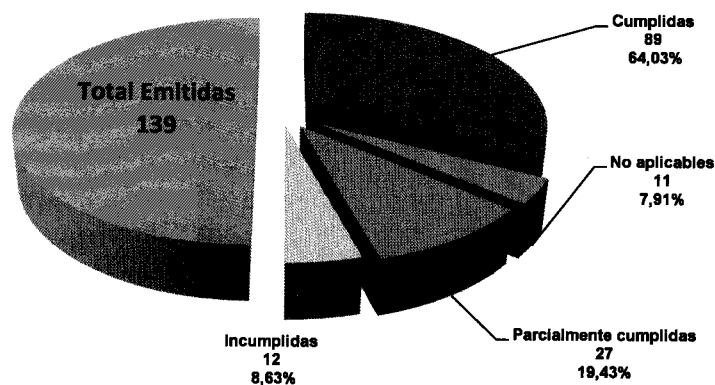
CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones constantes en informes de auditoría

Del seguimiento realizado al cumplimiento de 139 recomendaciones, constantes en 13 informes emitidos por la Auditoría Interna del IESS aprobados por la Contraloría General del Estado en el segundo semestre del año 2016, durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, se estableció que se cumplieron 89, que representan el 64,03%, que constan en anexo 7; no fueron aplicables 11 equivalentes al 7,91%, por modificación en los procesos administrativos y reformas a normativa interna emitida por el IESS, traspaso de competencias al Ministerio de Salud Pública, reemplazos de sistemas informáticos; entre otros conforme consta en anexo 4; se cumplieron parcialmente 27 que corresponden al 19,43% y no se cumplieron 12 que equivalen al 8,63%, que constan en anexo 2 y se presenta a continuación:

Resumen cumplimiento de recomendaciones



1. Informe DAI-AI-0998-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de bienes de larga duración, en el IESS Seguro de Salud Centro AA Central Guayas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2015, fue aprobado el 19 de septiembre de 2016 por la Directora de

NOVENA

Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 27736-DAI de 28 de septiembre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1682 y 1684-ME de 13 de octubre de 2016, comunicó a la Directora Administrativa del Centro de Especialidades - Central Guayas y a la Directora General del IESS, en su orden.

El Centro de Atención Ambulatorio Central Guayas fue homologado como Centro de Especialidades - Central Guayas, conforme a la Homologación de los Establecimientos de Salud del IESS acorde a la Tipología emitida por el Ministerio de Salud Pública, establecida por el Director General del IESS, según Resolución IESS-RNDG-002-2015 de 26 de noviembre de 2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-1875-M de 18 de octubre de 2016, asignó al Oficinista, la "Orden de trabajo #44 EXP A-2016-24", en la que constaron las siguientes actividades:

"...realizará las acciones pertinentes de seguimiento, hasta lograr el cumplimiento del 100% de las recomendaciones.- Los documentos que ingresan a formar parte del expediente a usted asignado son de su entera responsabilidad, hasta el envío al archivo pasivo (...)"

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General mediante memorando IESS-DG-2016-2053-M de 1 de noviembre de 2016, solicitó a la Directora Administrativa del Centro de Especialidades - Central Guayas; y, al Técnico Informático - Coordinador de Equipo de Gestión de Activos Fijos el cumplimiento de las recomendaciones 2 y 3; y, 5, 6, 7 y 8, en su orden.

El Oficinista mediante memorando IESS-DG-2017-0553-M de 15 de marzo de 2017, remitió el informe "aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25", señalando lo siguiente:

"... De conformidad con la Base Matriz de Seguimiento al 15 de marzo de 2017, el resumen de cumplimiento de recomendaciones es el siguiente: -

A	Aplicada	8	100%
B	En proceso de aplicación	0	0%
C	Notificada	0	0%
D	No aplicable	0	0%
	TOTAL	8	100%

DIEZ

... Con los antecedentes expuestos y de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Coordinación a su cargo, se considera procedente el archivo del Expediente A-2016-24 (...):

De conformidad al seguimiento realizado, se determinó que el informe contiene 8 recomendaciones, de las cuales 2 se encuentran cumplidas, 4 parcialmente cumplidas y 2 incumplidas, que se citan a continuación:

“... Falta de cumplimiento de actividades de control, en el manejo de bienes de larga duración .-Director Administrativo del Centro de Especialidades - Central Guayas .-2. Dispondrá a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos, incluyan en el inventario general de bienes de larga duración, todos los activos fijos que ingresan a la unidad médica; y, que realicen la entrega de los bienes, mediante acta a los custodios responsables, identificando de manera clara las características de los bienes .-3. Dispondrá al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos, que planifiquen en el último trimestre de cada año la toma física de los bienes de larga duración, con la participación de personal independiente del registro; una vez concluida la constatación física de todos los bienes de la unidad médica, los intervinientes del proceso legalizarán la respectiva acta; en caso de existir novedades éstas serán investigadas y se procederá a realizar los ajustes o cargos correspondientes (...).”

Situación actual:

El Director Administrativo del Centro de Especialidades-Central Guayas con memorando IESS-CE-CG-2017-0200-M de 3 de febrero de 2017, comunicó a la Asesora – Responsable de la Comisión de Seguimiento que la recomendación 2, se encuentra cumplida de acuerdo a la aplicación del artículo 14.- “De las responsabilidades de los custodios de bienes en las dependencias administrativas y médicas” del Reglamento Interno para el control de activos fijos del IESS emitido con Resolución de C.D. 315 y adjuntó un acta de entrega de inventario suscrita el 11 de noviembre de 2016 por la Asistente Contable y la Analista Financiera; y, en referencia a la recomendación 3, señaló que se dio cumplimiento de acuerdo al “*levantamiento de activos fijos del año 2016*”, entregado al Responsable de Grupo de Trabajo Financiero con memorando IESS-CE-CG-FI-2016-0850-M de 30 de diciembre de 2016, adjuntando las actas del levantamiento de inventario suscritas con los custodios de cada unidad.

La referida información constó en el campo de observaciones de la matriz de seguimiento, remitida al Auditor Interno Jefe del IESS por el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-

ONCE 

2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 envió, así como, que las recomendaciones 2 y 3, se encuentran en estado "A", aplicada.

El Director Administrativo del Centro de Especialidades - Central Guayas con memorando IESS-CE-CG-2018-0524-M de 7 de junio de 2018, en respuesta al Jefe de Equipo, adjuntó un archivo digital del inventario de activos fijos con corte a abril 2018 y el memorando IESS-CE-CG-2018-0346-M de 13 de abril de 2018, suscrito por la Directora Administrativa, con el cual dispuso la conformación del grupo de trabajo para el levantamiento de los activos fijos 2018, mismo que no se realizó hasta la fecha de corte del examen, es decir, al 30 de abril de 2018; tampoco se evidenció las disposiciones de ingreso de todos los bienes en los inventarios de bienes de larga duración ni se presentaron las actas de entrega de bienes a los custodios responsables.

En referencia al cumplimiento de la recomendación 3 adjuntó las "*Actas Individual de Control de Bienes de Larga Duración*", de la toma física del 31 de octubre de 2016 y 30 de mayo de 2017; sin embargo, no se evidenció que los Directores Administrativos dispusieron al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos respecto a la planificación de tomas físicas de los bienes de larga duración en el último trimestre, durante los años 2016 y 2017, ni la conciliación del inventario realizado en el 2017, por lo que la recomendación 2 se encuentra incumplida y la 3 parcialmente cumplida.

Lo comentado se presentó por cuanto los Directores Administrativos del Centro de Especialidades - Central Guayas en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 27 de enero de 2017; y, 13 de enero de 2017 y el 5 de marzo de 2017, no dispusieron a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos, incluyan en el inventario general de bienes de larga duración, todos los activos fijos que ingresaron a la unidad médica, ni que se realice la entrega de bienes a sus respectivos custodios mediante actas de entrega recepción; tampoco emitieron disposiciones al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos para que realicen la planificación de toma física de los bienes de larga duración en el último trimestre de cada año, y en caso de existir novedades sean investigadas y se proceda a realizar los ajustes o cargos correspondientes, lo que originó que las recomendaciones 2 del informe DAI-AI-0998-2016 se encuentre incumplida y la 3 parcialmente cumplida, ocasionando que no se cuente con información real y

DOCE 8

actualizada de los inventarios de los bienes de larga duración; así como, se desconozca su custodio y ubicación.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-24"*, las acciones para implementar las recomendaciones 2 y 3 del informe DAI-AI-0998-2016, toda vez que las identificó como aplicadas, sin contar con las disposiciones emitidas por los Directores Administrativos a fin de que los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos incluyan en el inventario general de bienes de larga duración, todos los activos fijos que ingresan a la unidad médica; la entrega de los bienes, mediante acta a los custodios responsables, ni con las disposiciones al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos para que planifiquen en el último trimestre de cada año la toma física de los bienes de larga duración y de existir novedades realizar los ajustes o cargos correspondientes.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que las recomendaciones 2 y 3 del informe DAI-AI-0998-2016 se encontraban "Aplicadas", estuvieron acorde a su objeto para superar las deficiencias establecidas.

Lo expuesto no permitió continuar con la verificación del cumplimiento de la recomendación por las futuras autoridades de la unidad médica y ocasionó que no se disponga de información real y actualizada de los inventarios de los bienes de larga duración; así como, se desconozca su custodio y ubicación.

"...Falta de cumplimiento de actividades de control, en el manejo de bienes de larga duración.-Miembros del equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades – Central Guayas .-5. Presentarán en la primera quincena de cada año al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria Central, el inventario general de Activos Fijos y un informe con las novedades detectadas en el proceso de constatación física y conciliación con la información contable. .-6. Procederán a elaborar el plan de códigos numéricos, agrupándolos según sus características y etiquetando todos los bienes de la unidad médica, permitiendo su fácil identificación y control, hasta tanto, el IESS implemente la respectiva herramienta informática para automatizar dicho proceso. .-7. Mantendrán actualizada una hoja de vida útil o historia por cada

TRECE

tipo de bien, dependiendo de su naturaleza, en la cual constarán las características de identificación, historial, movimientos, novedades, valor residual, depreciación, egreso y/o baja, custodio. -8. Elaborarán y entregarán al custodio de cada unidad administrativa el inventario general de bienes de larga duración, suscribiendo con cada usuario la respectiva acta por los bienes que se encuentren a su cargo (...).

Situación actual:

El Director Administrativo del Centro de Especialidades-Central Guayas con memorando IESS-CE-CG-2017-0200-M de 3 de febrero de 2017, comunicó a la Asesora – Responsable de la Comisión de Seguimiento, que el Analista Económico Financiero 1, con memorando IESS-CE-CG-FI-2017-0054-M de 20 de enero de 2017, informó que los inventarios de activos fijos fueron conciliados con los saldos contables que reflejan los Estados Financieros y adjuntó las actas debidamente legalizadas de las conciliaciones de activos fijos, por lo que la recomendación 5 fue cumplida; y, sobre la recomendación 6 anexó impresiones de codificaciones de bienes mismas que estuvieron ilegibles, sin especificar características y custodios de los bienes; en relación a la recomendación 7, remitió las actas de conciliación de activos fijos con fecha 20 de enero de 2017, en la cual no se evidenció la fecha de ingreso y egreso de bodega, historial de custodios; y de la recomendación 8, adjuntó los memorandos IESS-CE-CG-FI-2017-0008-M, IESS-CE-CG-E-2017-0002-M, IESS-CE-CG-I-2017-0003-M, IESS-CE-CG-FA-2017-0004-M de 10, 11, 12 y 13 de enero de 2017, en su orden, mediante los cuales, el Responsable de G.T. Financiero, la Coordinadora del Área de Enfermería, los Responsables de G.T. Imagenología y de Farmacia, designaron a los custodios administrativos de activos por cada área e informaron a la Directora Administrativa del Centro de Especialidades - Central Guayas.

Además, esta información fue considerada en el campo observaciones de la matriz de seguimiento, remitida al Auditor Interno Jefe del IESS por el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 en la que constó que las recomendaciones 5, 6, 7 y 8, se encuentran en estado "A", aplicada.

El Técnico Informático – Coordinador del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades Central Guayas, en comunicación de 28 de junio de 2018, en respuesta al Jefe de Equipo, comunicó lo siguiente:

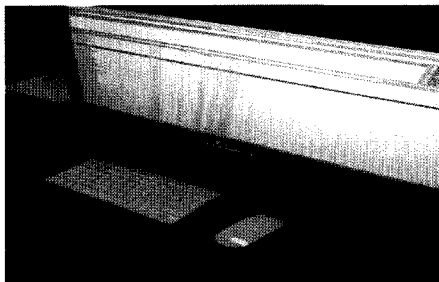
CATORCE

“... la información de los ítems 5, 6, 7 y 8 se han realizado de manera parcial, indicando a las autoridades de los años auditados que es imposible que una persona que realice varias funciones cumpliendo con las directrices institucionales acerca de los activos fijos (sic) (...)”.

Sin embargo, una vez verificados los documentos remitidos por el Director Administrativo al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, y por el Técnico Informático – Coordinador del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades - Central Guayas, se determinó que en lo correspondiente a la recomendación 5, no se realizaron constataciones físicas, puesto que en los años 2016 y 2017, se efectuó levantamientos de inventario, sin emitir y entregar un informe con las respectivas novedades; en relación a la recomendación 6, el equipo auditor en la constatación física realizada el 27 de junio de 2018, verificó que 10 bienes, no contaban con la respectiva identificación y codificación, como se presenta a continuación:

Bienes sin codificación			
No.	Detalle	Marca	Serie
1	Ecógrafo	OPINIÓN	S00977
2	Desfibrilador	WELLCHALLIN	ND100470
3	Mamógrafo Digital	SELENIA	29402127152
4	Monitor de Diagnóstico	MAC	Sin Número
5	Sillón Odontológico	MEDIDENT	002-ASD
6	Sillón Odontológico	MEDIDENT	003-ASD
7	Impresora Multifunción	HP	MXDCG.700YT
8	Impresora Multifunción	HP	MXDCG.7Z033
9	Tomógrafo de Coherencia	ZEZZ	40008864
10	Impresora Multifunción	HP	MXDCG.7Y23V

Equipos que no se encuentran codificados:



QUINCE

Respecto a la recomendación 7, se verificó que la documentación remitida por parte del Director Administrativo del Centro de Especialidades - Central Guayas correspondió a una conciliación de activos fijos, efectuada el 20 de enero de 2017, misma que no dispone de información como la hoja de vida útil o historia por cada tipo de bien, dependiendo de su naturaleza, por lo que no dispusieron de datos respecto a las características de identificación, historial, movimientos, novedades, valor residual, depreciación, egreso y/o baja, custodio; en relación a la recomendación 8, en la constatación física realizada el 27 de junio de 2018 por el equipo auditor, de una muestra de 12 custodios de bienes, se determinó que 10 no disponían de las actas de los bienes que se encontraban a su cargo, como se demuestra a continuación:

Funcionarios Custodios de Bienes sin Acta			
No.	Unidad	Cargo	Bienes
1	Informática	Auxiliar Informático	Estación de Trabajo Equipos de Cómputo.
2		Auxiliar Informático	
3	Medicina Preventiva	Oficinista	
4		Investigador Social	Estación de Trabajo Equipos de Cómputo, Equipos Médicos
5		Coordinador	
6	Dirección Financiera	Responsable Financiera	Estación de Trabajo Equipos de Cómputo
7		Analista Económico Financiero 1	
8		Oficinista	
9		Asistente Administrativa	
10	Bodega	Auxiliar	

Lo comentado se presentó por cuanto el Técnico Informático – Coordinador del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades - Central Guayas en funciones entre el 1 de julio 2016 y el 30 de abril de 2018 y el Guardalmacén – Asistente del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades - Central Guayas, en funciones de 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no ejecutaron todos los procedimientos requeridos para una constatación física, tampoco elaboraron un plan de codificación numérico por lo que no dispusieron de datos para codificar la totalidad de los bienes, además, no implementaron hojas de vida útil por cada bien; ni registraron la entrega de la totalidad de bienes mediante actas suscritas por los custodios, lo que permitió que las recomendaciones del informe DAI-AI-0998-2016, 5, 6 y 8 se encuentran parcialmente cumplidas y la 7, incumplida y ocasionó que desconozca los saldos reales, estado de conservación, custodios, historial de movimientos de los bienes del Centro de Especialidades - Central Guayas; así como, que los bienes no se encuentren identificados.

DIECSEB

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

El Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplieron lo dispuesto en las funciones dispuestas en memorando IESS-DG-2016-2103-M de 12 de noviembre de 2016 y, en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016- 00010 -FDQ de 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron lo siguiente; e inobservaron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación:

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales, con oficios 0232, 0233, 0234, 0235, 0274 y 0275-0008-IESS-AI-2018 de 5 y 6 de septiembre de 2018, a los Directores Administrativos, Guardalmacén – Asistente del Equipo de Gestión de Activos Fijos, Técnico Informático – Coordinador del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades Central Guayas; al Oficinista y al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en su orden, recibándose las siguientes respuestas:

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018 en respuesta al oficio 0275-0008-IESS-AI-2018 en comunicación de 21 de septiembre de 2018, manifestó lo siguiente:

“... El suscrito, en el desempeño del cargo de oficinista, en momento alguno fue facultado para exigir el cumplimiento de las recomendaciones impartidas.-”

DIECIBRE 3

... el suscrito, en determinado momento fue parte de un grupo de apoyo de la Dirección General, en calidad de oficinista, para que en todo caso, se hagan efectivas las disposiciones del Director General del IESS (...).

Lo expuesto por el Oficinista, no modifica lo comentado de Auditoría, por cuanto emitió el informe en relación al cumplimiento de las recomendaciones, sin considerar que la documentación de sustento no se encontró acorde al objeto de la misma.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0274-0008-IESS-AI-2018, mediante memorando IESS-DG-2018-2015-M de 21 de septiembre de 2018, expuso lo siguiente:

"... La Comisión de Seguimiento de la Dirección General no califica el Cumplimiento de recomendaciones.- La Comisión de Seguimiento de la Dirección General no realiza verificación in situ, ya que es responsabilidad de las máximas autoridades de las distintas unidades.- ... En base a lo expuesto señalo que el cumplimiento y la continuidad en la implementación de lo que dispone el órgano de control, son de exclusiva y entera responsabilidad de los servidores públicos involucrados en las recomendaciones de los exámenes especiales, a los cuales se les realizó notificación e insistencia oportuna adjuntando siempre en digital del examen especial que fue notificado por la Contraloría directamente a los servidores responsables, por lo que no es procedente que se pretenda afirmar que la Comisión de Seguimiento tenga responsabilidad de supervisar, para constatar in situ que lo detallado en los memorandos de respuesta se esté cumpliendo a cabalidad (...).

Lo expuesto no modifica lo comentado de Auditoría, por cuanto en calidad de delegado de la máxima autoridad, previo a identificar el estado de la recomendación, debió supervisar que la documentación considerada por el Oficinista corresponda a su objeto.

El Director Administrativo del Centro de Especialidades - Central Guayas en funciones entre el 31 de enero de 2017 y el 5 de marzo de 2017, en respuesta al oficio 0232-0008-IESS-AI-2018, mediante comunicación de 15 de octubre de 2018 manifestó lo siguiente:

Con memorando IESS-CE-CG-DPG-2017-0200-M de 03 de febrero de 2017, dirigido a la ... Responsable de G.T. Comisión de Seguimiento, ésta Unidad de Salud, da respuesta al memorando antes citado, incluyendo 2 carpetas físicas con los debidos sustentos a las recomendaciones DAI-AI-0998-2016.- Hasta el fin de mi función en calidad de Director Administrativo 03 de marzo de 2017, no recibí ningún otro documento que señalara falta de cumplimiento, por lo que todas las recomendaciones fueron debidamente atendidas.

DIEGO CUELLAR

Lo señalado por el Director Administrativo del Centro de Especialidades - Central Guayas no modifica lo comentado por Auditoría; por cuanto no presentó evidencia que demuestre que solicitó al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, confirme que la documentación que remitió sirvió para validar el cumplimiento de las recomendaciones, tampoco sobre las disposiciones efectuadas a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos para que presenten el inventario general de Activos Fijos y un informe con las novedades detectadas en el proceso de constatación física y conciliación con la información contable.

Conclusiones

- Los Directores Administrativos del Centro de Especialidades - Central Guayas, no dispusieron a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos, incluyan en el inventario general de bienes de larga duración, todos los activos fijos que ingresaron a la unidad médica, ni que se realice la entrega de bienes a sus respectivos custodios mediante actas de entrega recepción; tampoco emitieron disposiciones al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos para que realicen la planificación de toma física de los bienes de larga duración en el último trimestre de cada año, y en caso de existir novedades sean investigadas y se proceda a realizar los ajustes o cargos correspondientes, lo que originó que las recomendaciones 2 del informe DAI-AI-0998-2016 se encuentre incumplida y la 3 parcialmente cumplida, ocasionando que no se cuente con información real y actualizada de los inventarios de los bienes de larga duración; así como, se desconozca su custodio y ubicación.
- El Oficinista previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-24"*, no efectuó las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 2 y 3 del informe DAI-AI-0998-2016, toda vez que las identificó como aplicadas, sin contar con las disposiciones emitidas por los Directores Administrativos a fin de que los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos incluyan en el inventario general de bienes de larga duración, todos los activos fijos que ingresan a la unidad médica; la entrega de los bienes, mediante acta a los custodios responsables, ni con las disposiciones al Responsable del Grupo de Trabajo Financiero y a los miembros del Equipo de Gestión de Activos Fijos para que planifiquen en el último trimestre de cada año la toma física de los bienes de larga duración y de existir novedades realizar los

DIECHUEVE

ajustes o cargos respectivos, tampoco el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General supervisó que la documentación considerada por el Oficinista correspondió al objeto de la recomendación, lo que no permitió continuar con la verificación de su cumplimiento por las futuras autoridades de la unidad médica; y ocasionó que no se disponga de información real y actualizada de los inventarios de los bienes de larga duración; así como, se desconozca su custodio y ubicación.

- La falta de implementación de procedimientos requeridos para una constatación física, de un plan de codificación numérico, de implementación de hojas de vida útil por cada bien y de registro en la entrega de la totalidad de bienes mediante actas suscritas por parte del Técnico Informático – Coordinador del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades - Central Guayas y el Guardalmacén – Asistente del Equipo de Gestión de Activos Fijos del Centro de Especialidades - Central Guayas, permitió que las recomendaciones del informe DAI-AI-0998-2016, 5, 6 y 8 se encuentran parcialmente cumplidas y la 7, incumplida y ocasionó que desconozca los saldos reales, estado de conservación, custodios, historial de movimientos de los bienes del Centro de Especialidades - Central Guayas; así como, que los bienes no se encuentren identificados.

2. Informe DAI-AI-1005-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de farmacia, en el IESS, Hospital de Chone, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2015, fue aprobado el 22 de septiembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 28520-DAI de 4 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1692 y 1693-ME de 13 de octubre de 2016, comunicó al Director Administrativo del Hospital Básico de Chone y a la Directora General del IESS.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-2047-M de 1 de noviembre de 2016, solicitó al Director Administrativo del Hospital Básico de Chone, el cumplimiento de las recomendaciones: 9 y 12, y a la Jefa Financiera la recomendación 13.

VENTE 

El informe contiene 13 recomendaciones, de las cuales 9 se encuentran cumplidas, 1 no fue aplicable conforme se encuentra detallada en anexo 4, 1 parcialmente cumplida y 2 incumplidas, que se citan a continuación:

“... Documentación relevante no publicada en el portal de compras públicas.-Al Director Administrativo del Hospital del IESS Chone .-9. Dispondrá y vigilará que el servidor Responsable de Compras Públicas publique en el Portal toda la información relevante que se genera en las fases precontractual, contractual y de ejecución de los procesos de adquisición de bienes y servicios, con el propósito que se encuentre disponible en esta herramienta informática para fines de transparencia, verificación y control (...).”

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-2047-M de 1 de noviembre de 2016, solicitó al Director Administrativo del Hospital Básico de Chone, el cumplimiento de la recomendación 9, por lo que el referido director mediante memorando IESS-HB-CH-DA-2016-1936 de 7 de noviembre de 2016, puso en conocimiento y designó al Asistente Administrativo - Responsable de Compras Públicas, su aplicación; y, con memorando IESS-HB-CH-DA-2017-0182 de 6 de febrero de 2017, insistió el cumplimiento; servidor que con memorando IESS-HB-CH-CP-2017-0022-M de 16 de junio de 2017, le comunicó lo siguiente:

“... La información relevante se publica como lo indica la normativa legal vigente en el Sistema Nacional de Compras Públicas como en su aplicativo Usahy (sic) (...).”

El Director Administrativo del Hospital Básico de Chone con memorando IESS-HB-CH-DA-2017-1429-M de 1 de septiembre de 2017, en relación al cumplimiento de esta recomendación, comunicó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General que la información relevante, se publicó como lo indica la normativa legal vigente en el Sistema Nacional de Compras Públicas y adjuntó fotocopia de la resolución de aprobación de los pliegos y parte de los pliegos del proceso SIE-IESS-HCH-08-2016; sin evidenciar los documentos que fueron subidos al portal de compras públicas.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 envió al Auditor

VENTICUNO 

Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 9, se encuentra en estado "A", aplicada; y, en el campo de observaciones, lo siguiente:

"...la información relevante se publica como lo indica la normativa legal vigente en el Sistema Nacional de Compras Públicas como en su aplicativo USHUAY.- Se adjunta impresión del sistema para evidenciar lo antes descrito (...)"

Sin embargo, de una muestra de 16 expedientes de procesos de adquisición de bienes y servicios efectuados en el Hospital Básico de Chone, durante el período auditado, esto es, 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, se evidenció que el Asistente Administrativo - Responsable de Compras Públicas no publicó toda la información relevante, puesto que no subió los siguientes documentos: estudios, estudio de mercado, certificación presupuestaria, ofertas presentadas, cuadro resumen de calificación de las ofertas presentadas, contrato suscrito, garantías, entre otros, como se demuestra en el anexo 5, por lo que la recomendación 9 del informe DAI-AI-1005-2016, se encuentra parcialmente cumplida.

Lo comentado se presentó debido a que el Asistente Administrativo - Responsable de Compras Públicas del Hospital Básico de Chone, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no publicó en el portal de compras públicas toda la información relevante generada en las fases precontractual, contractual y de ejecución de 16 procesos de adquisición de bienes y servicios analizados, y el Director Administrativo del Hospital Básico de Chone en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no vigiló que el citado servidor cumpla con esta diligencia, lo que ocasionó que la recomendación 9 del informe DAI-AI-1005-2016, se encuentre parcialmente cumplida, que no se transparente los procesos y que no se encuentren disponibles en esta herramienta informática para su verificación y control posterior.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 9 del informe DAI-AI-1005-2016, toda vez que la identificó como aplicada, únicamente con la fotocopia de la resolución de aprobación de los pliegos y parte de los pliegos del proceso de contratación signado con el código SIE-IESS-HCH-08-2016; sin evidenciar los documentos que fueron subidos al portal de compras públicas, tampoco revisó que en esta herramienta se

VEINTE Y DOS

publique toda la información relevante, en cada una de sus fases: precontractual, contractual y de ejecución, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación, que no se transparente los procesos y que no se encuentren disponibles en esta herramienta informática para su verificación y control posterior.

*“... **Falta de constataciones físicas y de registros auxiliares no permitió conciliación de saldos contables con los físicos** .-**Al Director Administrativo del Hospital del IESS Chone** .-12. Emitirá instrucciones y procedimientos para la constatación física de medicamentos y la conciliación de los saldos contables con los físicos, los que deberán ser controlados por medio de auxiliares individuales por cada uno de los fármacos, lo que permitirá detectar diferencias y efectuar ajustes.-**A la Jefa Financiera del Hospital del IESS Chone**.-13. Dispondrá y vigilará que la Responsable de la Unidad de Contabilidad implemente auxiliares individuales para el control del movimiento de los medicamentos, los que deberán ser conciliados con las existencias físicas de cada uno de los fármacos (...)*”.

Situación actual:

El Director Administrativo del Hospital Básico de Chone con memorando IESS-HB-CH-DA-2016-1942-M de 8 de noviembre de 2016, requirió a la Jefa Financiera del Hospital Básico de Chone la aplicación y el cumplimiento inmediato de la recomendación 13.

El Director Administrativo del Hospital Básico de Chone con memorandos IESS-HB-CH-DA-2016-2165-M de 14 de diciembre de 2016; e, IESS-HB-CH-DA-2017-1374-M de 28 de agosto de 2017, conformó la Comisión para realizar levantamiento físico de medicamentos de la Farmacia, en lugar de efectuar una constatación física; además, no emitió instrucciones ni procedimientos para su ejecución; diligencia que se realizó el 28 de diciembre de 2016 y 1 de septiembre de 2017, de la cual se suscribieron las actas respectivas; sin embargo, no se realizó la conciliación de sus resultados con la información contable, por lo que no se determinaron sobrantes ni faltantes, tampoco se emitió un informe con sus resultados.

La Jefa Financiera del Hospital Básico de Chone, en relación a la recomendación 13, con memorandos IESS-HB-CH-DF-2016-1042-M de 6 de diciembre de 2016 e IESS-HB-CH-DF-2017-0688-M de 16 de agosto de 2017, informó al Director Administrativo del Hospital Básico de Chone, que ha implementado en Excel los auxiliares individuales para el control del movimiento de los medicamentos.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor

VEINTE Y TRES 46

Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que las recomendaciones 12 y 13 se encuentran en estado "A", aplicada, calificadas de acuerdo a la información adjunta a las respuestas enviadas por el Director Administrativo del Hospital Básico de Chone con memorandos IESS-HB-CH-DA-2017-1304 y 1429-M de 21 de agosto y 1 de septiembre de 2017, en su orden, y en el campo de las observaciones constó lo siguiente:

"... 12.-en memorando IESS-HB-CH-DA-2016-2165-M, de fecha 14 de diciembre de 2016, el Director Administrativo Hospital de Chone conforma la comisión para el levantamiento físico y virtual de medicamento existente en farmacia. Dicha comisión se realiza la fecha (sic) establecida haciendo llegar una copia de las Actas donde se realizan la constatación física y virtual de medicamentos tanto en Bodega como Farmacia central. -13 -El..., Director Administrativo IESS Hospital Chone informa que, con memorando IESS-HB-CH-DF-2017-0688-M, de fecha 18 de agosto de 2017, se da cumplimiento a la recomendación en mención. -...el área financiera a través de memorando IESS-HB-CH-DF-2016-1042-M, de fecha 06 de diciembre de 2016 comunica la implementación de una matriz de excel, la misma que nos permitirá un fácil ingreso, egreso y control de los fármacos (...)"

El Director Administrativo del Hospital Básico de Chone, en respuesta al Jefe de Equipo, remitió el memorando IESS-HCHONE-DF-031-FDQ de 5 de junio de 2018 suscrito por la Jefa Financiera del Hospital Básico de Chone, en el que adjuntó los kárdex por medicamento y comunicó lo siguiente:

"... Debo manifestar que la conciliación contable no se ha podido realizar debido a que no se tiene claro el procedimiento a seguir para poder determinar si existe realmente diferencia en más o menos de acuerdo a las tomas física versus kardex auxiliares de fármacos, debido a que no se puede cerrar el área de farmacias por la atención ininterrumpida al afiliados (sic) durante las 24 horas al día y los 7 días a la semana. Se debe aclarar que la constatación física tanto de farmacia como de bodega de fármacos durante el año 2017 se las realizo (sic) el uno de Septiembre y 26 de diciembre respectivamente (...)"

Lo comentado se presentó por cuanto el Director Administrativo del Hospital Básico de Chone en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no emitió instrucciones ni procedimientos una vez que conformó la Comisión para realizar el levantamiento del inventario de medicamentos, en lugar de efectuar una constatación física, lo que no permitió realizar la conciliación de sus resultados con la información contable, por lo que no se determinaron sobrantes ni faltantes, tampoco se emitió un informe con sus resultados, originando que la recomendación 12 del informe DAI-AI-1005-2016 se encuentra parcialmente cumplida.

VEINTE Y CUATRO 54

La Jefa Financiera del Hospital Básico de Chone en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no dispuso ni vigiló que la Responsable de la Unidad de Contabilidad realice las conciliaciones de la cuenta medicinas con las actas del inventario físico de existencias de la Farmacia; a pesar de contar con auxiliares individuales para el control del movimiento de los medicamentos, por lo que la recomendación 13 del informe DAI-AI-1005-2016, se encuentra parcialmente cumplida, lo que no permitió conocer los saldos reales, establecer diferencias y realizar ajustes.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-1005-2016, toda vez que las calificó como cumplidas sin contar con las instrucciones y procedimientos para realizar la constatación física de medicamentos y para la conciliación de los saldos contables con los físicos, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación; así como, no permitió conocer los saldos reales, establecer diferencias y realizar ajustes.

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; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió lo dispuesto en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

VEINTE Y CINCO

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales, con oficios 0179, 0180, 0181, 0182-0008-IESS-AI-2018 de 10 de agosto de 2018, al Asistente Administrativo - Responsable de Compras Públicas, Director Administrativo y Jefa Financiera del Hospital Básico – Chone; y, al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0182-0008-IESS-AI-2018, mediante memorando IESS-DG-2018-1858-M de 31 de agosto de 2018, expuso lo siguiente:

*“... Mediante memo **IESS-HB-CH-DA-2018-1581-M**, el Ing. ... DIRECTOR ADMINISTRATIVO IESS HOSPITAL CHONE da cumplimiento a las Recomendaciones 9 y 12 respectivamente para lo cual adjunta documentos.- Dejando claro que para la Recomendación No. 9 “ se continua trabajando con el cierre de los procesos en el Portal de Compras Públicas dando cumplimiento a las Normas de Control ...”- Mediante memorando **IESS-HB-CH-DF-2018-0914-M** la Ing. ... Directora Financiera del Hospital Básico de Chone, da por cumplida la R13 con los anexos detallados en el mismo memorando (...)”*

Lo expuesto no modifica lo comentado por Auditoria, por cuanto la información remitida por el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, no evidencia que en el portal de compras públicas se encuentre registrada la información relevante de los procesos de compras.

Conclusiones

- La falta de publicación de la información relevante de 16 procesos de adquisición de bienes y servicios realizados en el Hospital Básico de Chone por parte del Asistente Administrativo - Responsable de Compras Públicas del Hospital Básico de Chone y de vigilancia del Director Administrativo del Hospital Básico de Chone al referido servidor; así como, de control del Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, para que se efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 9 del informe DAI-AI-1005-2016, ocasionó que ésta se encuentre parcialmente cumplida y que no se transparente los procesos y que no se encuentren disponibles en esta herramienta informática para su verificación y control posterior.

VEINTE Y SEIS 

- El Director Administrativo del Hospital Básico de Chone no emitió instrucciones ni procedimientos una vez que conformó la Comisión para realizar el levantamiento del inventario de medicamentos, en lugar de efectuar una constatación física, lo que no permitió realizar la conciliación de sus resultados con la información contable, la Jefa Financiera del Hospital Básico de Chone no controló a la Responsable de la Unidad de Contabilidad para que realice las conciliaciones de la cuenta medicinas con las actas del inventario físico de existencias de la Farmacia, a pesar de contar con auxiliares individuales para el control del movimiento de los medicamentos y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no controló ni vigiló que se efectúen las acciones necesarias para implementar las recomendaciones toda vez que las calificó como cumplidas sin contar con las instrucciones y procedimientos para realizar la constatación física de medicamentos y para la conciliación de los saldos contables con los físicos, lo que permitió que las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-1005-2016 se encuentren parcialmente cumplidas y originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación; así como, no permitió conocer los saldos reales, establecer diferencias y realizar ajustes.

Hecho subsecuente

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General mediante memorando IESS-DG-2018-1858-M adjuntó el "Manual de Proceso para Constatación Física de Medicamentos y Consolidación de los Saldos Contables con los Físicos, mismo que entrará en vigencia a partir del 28 de septiembre de 2018, que de acuerdo a memorando IESS-HB-CH-DA-2018-0122-OFDQ de 28 de agosto de 2018 el Director Administrativo del Hospital Básico de Chone indica que este manual servirá como una guía para las constataciones físicas; así mismo se adjuntó el "Informe de Conciliación del Inventario del Fármacos Hospital Básico Chone" en cual se indica que existieron sobrantes y faltantes, evidenciándose que se realizaron ajustes de sobrantes de acuerdo a CUR 8324811.

3. Informe DAI-AI-1029-2016

El informe fue emitido como resultado del examen especial al proceso de entrega y cambio de claves; Registro de cuentas bancarias; y concesión de prestaciones de

VEINTI Y SIETE

fondos de reserva y cesantía a nivel nacional, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015, fue aprobado el 22 de septiembre de 2016 por la Directora de Auditoría Internas de la Contraloría General del Estado, encargada, y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 28789-DAI de 5 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1713-ME y 1710-ME de 17 de octubre de 2016, comunicó al Presidente del Consejo Directivo del IESS y a la Directora General del IESS, en su orden.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2016-1963 y 1965-M de 26 de octubre de 2016, solicitó el cumplimiento de las recomendaciones 2 y 3 a los Directores Nacionales de Procesos, Afiliación y Cobertura; y de Adquisiciones Bienes y Servicios y a los Directores Provinciales, titulares y encargados, en su orden.

El informe contiene 4 recomendaciones; de las cuales 1 se encuentra cumplida, 1 inaplicable y 2 parcialmente cumplidas, que se citan a continuación:

“... Orgánico Funcional del IESS, no contempló unidades administrativas responsables validación y autorización de cuentas bancarias .-Al Director General del IESS .-2. Dispondrá al Director Nacional de Procesos, que en conjunto con la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, y los Directores Provinciales, preparen un proyecto de estructura de una Unidad de Validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS por los afiliados/pensionistas, que incluya un manual de organización en el que se asigne responsabilidades acciones, cargos, que establezca niveles de jerarquía y funciones para cada uno de sus servidores; el que lo pondrán a su consideración para su autorización de aplicación, o la proposición al Consejo Directivo para su aprobación (...).”

Situación actual:

La Directora Nacional de Procesos mediante memorando IESS-DNPR-2016-0503-M de 29 de diciembre de 2016, comunicó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la realización de actividades relacionadas al cumplimiento de la recomendación 2, entre las que constaron: reunión de trabajo de 11 de noviembre de 2016 con los delegados de las Direcciones Provinciales y de la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, donde establecieron una hoja de ruta; desarrollo de la guía de trámite de Validación de Cuenta Bancaria para Asegurados, su emisión y socialización y sus respectivos anexos, proporcionados por la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNPR-2016-0492 de 27 de

VEINTIECHO (50)

diciembre de 2016 a los Delegados Provinciales, esta guía contiene: Ficha; plano y procedimiento de trámite, en esta sección consta: "...Actividad/ (La que consta en el plano).- Rol /Área (Quién ejecuta la actividad).- Descripción de tareas (Como ejecuta la actividad); y, anexo 1.

La Directora de Afiliación y Cobertura, encargada, con memorando IESS-DNAC-2016-1383-M de 17 noviembre de 2016, informó y solicitó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General lo siguiente:

"...la presentación de un proyecto para la creación de una Unidad de Validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS por los afiliados/pensionistas, es un tema que le compete evaluar, diseñar y proponer a la Dirección Nacional de Gestión de Talento Humano en un trabajo conjunto con la Dirección Nacional de Procesos.- ...esta Dirección Nacional considera que la recomendación ... no es aplicable en razón de que el proceso de aprobación de cuentas bancarias se encuentra estandarizado en todo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social desde que fue implementada su automatización, para lo que se ha emitido las instrucciones correspondientes. (...)"

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-0151-M de 25 de enero de 2017, comunicó a la Directora Nacional de Procesos que las actividades que ejecutó, no evidenciaron la aplicación de la recomendación, servidora que con memorando IESS-DNPR-2017-0048-M de 31 de enero de 2017, le informó, lo siguiente:

"...dicha recomendación se encuentra ya aprobada por el Consejo Directivo con resolución CD-535 del 8 de septiembre de 2016 ..., donde se establecen las diferentes unidades con nivel de jerarquía y funciones para el control como cita el art. 2.2 literal b) Establecer directrices, lineamientos y procedimientos para la gestión integral de riesgos institucionales (riesgos operacionales, de liquidez, de seguridad de la información, políticos, jurídicos, financieros, etc. -g) Coordinar y controlar la elaboración de los planes de prevención y mitigación del riesgo institucional a nivel nacional; en el desarrollo de los procesos administrativos de entrega de prestaciones y servicios institucionales y coordinar con las Direcciones Provinciales la identificación de los planes de contingencias que se aplicarán en territorio. -n) Establecer procedimientos formales para concesión, administración de derechos y perfiles; así como la revocatoria de usuarios (...)"

Al respecto, los citados artículos se refieren a las atribuciones y responsabilidades de la Dirección de Riesgos Institucionales; más no a la estructuración de una Unidad de validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS.

VEINTE Y NUEVE

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 2, se encuentran en estado "A", aplicada, identificada de acuerdo a la información adjunta a la respuesta enviada por el Directora de Afiliación y Cobertura, encargada, Dirección Provincial de Imbabura, encargado, Directora Nacional de Procesos, con memorandos IESS-DNAC-2016-1383-M, IESS-DPI-2016-1066-M e IESS-DNPR-2017-0048-M de 17 y 24 de noviembre de 2016 y 31 de enero de 2017, en su orden; y, en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"... El..., Director Provincial de Imbabura, Encargado, manifiesta que, el proyecti (sic) está dado con la implementación de los biométricos (sic), que han servido como seguridad tanto para el afiliado (sic), como para el funcionario y se ha dado cumplimiento a lo establecido conforme a los manuales que han sido remitidos por parte de la DNAC.- La..., Directora Nacional de Procesos, informa que sobre el particular y por cuanto la respuesta (sic) para cumplimiento (sic) de dicha recoemdación (sic) se encuentra ya aprobada por el Consejo Directivo con Resolución CD-535 del 8 de septiembre de 2016 como "Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecutoriano (sic) de Seguridad Social", donde se establecen las diferentes unidades con nivel de jerarquías y funcioanes (sic) para el control como cita el artículo 2.2. literal b), el literal g) ibidem; y, el literal n ibidem (...)"

Lo comentado se presentó por cuanto la Directora Nacional de Procesos, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 15 de mayo de 2017; y, la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de enero de 2018, no prepararon un proyecto de estructura de una Unidad de Validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS por los afiliados/pensionistas, pese a que realizaron un trabajo conjunto con los Directores Provinciales a nivel nacional, para la elaboración de la guía de trámite de Validación de Cuenta Bancaria para Asegurados, en la cual no establecieron niveles de jerarquía y funciones; así como, las responsabilidades y obligaciones para cada uno de los servidores que son parte del proceso de Validación de cuentas bancarias, por lo que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1029-2016, se encuentra parcialmente cumplida.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no vigiló que la Directora Nacional de Procesos y, la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, efectúen las acciones necesarias para implementar la recomendación 2 del informe DAI-AI-1029--2016, toda vez que la

TREINTA 

identificó con estado "A" aplicada, sin contar con el proyecto de estructura de una Unidad de Validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS por los afiliados/pensionistas, que conste de un manual de organización en el que se asigne responsabilidades acciones, cargos y niveles de jerarquía y funciones para cada uno de sus servidores, puesto a consideración para autorización de aplicación, o la proposición al Consejo Directivo para su aprobación, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación.

Lo expuesto limitó disponer de medios de verificación para identificar a los servidores responsables de la validación, supervisión y autorización de las cuentas bancarias de los afiliados y jubilados que solicitan al IESS cualquier trámite financiero.

"... La Institución no identificó el riesgo de fraudes en la concesión de las prestaciones de Fondos de Reserva y Cesantías, por tanto no mitigó sus efectos .-Al Director General del IESS .-3. Dispondrá y vigilará que en coordinación, la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, Director Nacional de Gestión Financiera, Director Nacional de Planificación y Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios, identifiquen, valoren y presenten un plan que viabilice la mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía, que incluya la contratación de una póliza de seguros que cubra este tipo de eventos. Plan que lo pondrán a su consideración para su aprobación y ejecución (...)"

Situación actual:

El Director Nacional de Gestión Financiera con memorando IESS-DNGF-2016-1648-M de 16 de noviembre de 2016, informó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones efectuadas por la Unidad de Fondos de Terceros, con el propósito de mitigar los riesgos de fraude, implementando validaciones para el pago de fondos de reserva y cesantía que sean mayores a 3 000,00 USD, como son:

"... Dejar en estado pendiente de verificación la Orden de Pago de Cesantía, cuando exista cambio o modificación de la cuenta bancaria del afiliado durante los tres meses anteriores al registro de la solicitud de pago y cuyo valor sea mayor a 3.000USD .-Bloqueo de las cuentas individuales de Fondos de Reserva cuando valor (sic) disponible sea mayor a 3.000USD .-Cambio del estado de la solicitud de devolución de Fondos de Reserva, si el afiliado cambio (sic) de cuenta bancaria tres meses antes del registro de la solicitud para verificación pertinente (...)"

La Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada, con memorandos IESS-DNAC-2016-1383-M de 17 de noviembre de 2016 e IESS-DNAC-2017-0149-M de 9 de

TREINTA Y UNO Solj

febrero de 2017, solicitó en términos similares al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, que considere esta recomendación como “No Aplicable” en el ámbito de gestión de la Dirección a cual representa, por cuanto en su criterio considera que salen de su ámbito de competencias establecidas en el artículo 4 numeral 2.3.1 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS emitido con Resolución C.D 457, promulgada en el Registro Oficial, Edición Especial 45 de 30 de agosto de 2013.

La Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios con memorando IESS-DNABS-2017-0466-M de 10 de febrero de 2017, informó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General que en relación al cumplimiento de la recomendación 3, ha realizado reuniones de trabajo con funcionarios de la Compañía de Seguros Sucre y personal de la Unidad de Seguros respecto a la cotización de una póliza de seguros que cubra los casos de suplantación de identidad, ante lo cual, el Gerente Comercial de Seguros Sucre requirió información referente a pérdidas por efecto de suplantación de identidad en los cinco últimos años, detalle del proceso operativo de entrega y activación de claves a los afiliados y llenar el formulario CyberCrime, información que fue remitida con oficio IESS-DNABS-2017-0037 de 1 de febrero de 2017, según consta en memorando IESS-DNABS-2017-0466-M de 10 de febrero de 2017, en el que además, la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios, señaló lo siguiente:

“...fue remitida a los reaseguradores para el análisis respectivo; estimando, que en los proximos (sic) 15 días se tendrá novedades al respecto, por lo que una vez que Seguros Sucre emita la cotización, se canalizará hacia la Dirección General, para su aprobación y ejecución, de ser el caso (...).”

No obstante, el Gerente Comercial de Seguros Sucre, una vez que recibió la referida documentación, no emitió respuesta sobre la disponibilidad o no de una póliza de seguros que cubra este tipo de siniestro, tampoco la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios, realizó el seguimiento para que su requerimiento sea atendido, pese haber transcurrido 78 días hasta el 21 de abril de 2017, fecha en la que se desvinculó de la entidad.

La Directora Nacional de Afiliación y Cobertura con memorando IESS-DNAC-2017-0820-M de 24 de agosto de 2017, en respuesta al memorando IESS-SDG-2017-0152-M de 2 de agosto de 2017, sobre la insistencia del cumplimiento de esta

TREINTA Y DOS 34

recomendación, informó al Subdirector General y al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, lo siguiente:

“... Esta Dirección Nacional, a través de la normativa vigente y que corresponden a cada momento histórico del examen especial que nos ocupa, solicita a la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la calificación de las recomendaciones antedichas, como No Aplicables a esta área de gestión (...).”

La Directora Nacional de Planificación con memorando IESS-DNPL-2018-0052 de 20 de febrero de 2018 en respuesta al memorando IESS-DG-2018-0348-M, informó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General y al Subdirector General, en atención al memorando IESS-SDG-2017-0152-M de 2 de agosto de 2017, sobre las acciones realizadas para el cumplimiento de esta recomendación, manifestando que una vez que se aprobó la reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del IESS, con, Resolución C.D 535, vigente desde el 6 de mayo de 2017, las atribuciones de los riesgos institucionales se trasladaron a la Dirección Nacional de Riesgos Institucionales, por lo que el 4 de octubre de 2017, procedió a entregar la documentación relacionada a este ámbito. El Director Nacional de Riesgos Institucionales con memorando IESS-DNRI-2018-0463-M de 30 de julio de 2018, comunicó al Jefe de Equipo, que en la información entregada por parte de la Dirección de Planificación, no se encontró documentación relacionada con el cumplimiento de la recomendación 3.

El Subdirector Nacional Administrativo, subrogante con memorando IESS-SDNA-2018-2414-M de 27 de julio de 2018, en repuesta al Jefe de Equipo, en relación al plan de mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía que incluya la contratación de una póliza de cobertura de estos eventos, informó lo siguiente:

“... 1. En referencia al plan que viabilice la mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía. ... la participación de esta Subdirección se limita a recibir las observaciones sobre la exposición del riesgo presente en el referido proceso, información que debe estar reflejada en un Plan Integral de Riesgos para con este insumo realizar el acercamiento técnico desde la competencia de seguros para colocar el riesgo en el mercado asegurador ecuatoriano.- ... en el mercado de seguros ecuatoriano no existe una póliza que cubra el referido riesgo y que para su contratación es necesario una aprobación de un ramo por parte de la Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros (...).”

TREINTA Y TRES

Lo comentado se presentó por cuanto los Directores Nacionales de Afiliación y Cobertura, encargada y titular, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de enero de 2018; y, 8 de enero de 2018 y el 28 de febrero de 2018, la Directora de Nacional de Planificación en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de abril de 2017, los Subdirectores Nacionales Administrativos titular y encargado, en funciones entre el 16 de junio de 2017 y el 5 de octubre de 2017; y, 13 de octubre de 2017 y el 31 de enero de 2018, no elaboraron un plan que viabilice la mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía, lo que no les permitió determinar la factibilidad de incluir la contratación de una póliza de seguros que cubra este tipo de eventos, por lo que la recomendación 3 del informe DAI-AI-1029-2016, se encuentra parcialmente cumplida, lo que ocasionó que no se cuente con procesos alternativos a la contratación de una póliza de seguros, para el reintegro de valores retirados en forma fraudulenta por concepto de fondos de reserva y cesantía.

Los citados servidores inobservaron el artículo 92.- Recomendaciones de auditoría, de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplió lo dispuesto en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010-FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales, con oficios 0278, 0279, 0280, 0281, 0282, 0283, 0284 y 0287-0008-IESS-AI-2018 de 17 y 25 de septiembre de 2018, a la Directora Nacional de Afiliación

TREINIA Y WATRO 

y Cobertura, encargada, al Director Nacional de Afiliación y Cobertura, la Directora de Nacional de Planificación, la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicio, al Subdirector Nacional Administrativo, al Subdirector Nacional Administrativo; y, al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, obteniendo las siguientes respuestas:

La Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de abril de 2017, mediante comunicación de 27 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0283-0008-IESS-AI-2018, manifestó lo siguiente:

“... Resolución Nro. 483 de 13 de abril de 2015 ... artículo 10, literal k) dispone como responsabilidad ... la siguiente:- “Administrar las pólizas de seguros de bienes muebles e inmuebles, valores y equipos del IESS nivel nacional”.- ... Conociendo la Recomendación 3 del Informe DAI-AI-1029-2016, ... realicé todas las gestiones conforme las atribuciones y responsabilidades establecidas en el Reglamento Orgánico Funcional ... Nro. 483 ..., las mismas que han sido cumplidas agotando todas las acciones administrativas para la contratación de la póliza CYBER CRIME que según Seguros Sucre S.A. debería contratarse, acciones que dependieron de la información generada en las distintas Direcciones involucradas para tal efecto y que a pesar del tiempo transcurrido se logró la entrega del Formulario “Solicitud del Seguro Corporativo para Responsabilidad Civil para Riesgos Cibernéticos”.- En consecuencia, no he inobservado la normativa a la que hace referencia en su oficio (...).”

Lo expuesto por la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios no modifica lo comentado por Auditoría por cuanto, el objeto de la recomendación fue el trabajo coordinado entre la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, Director Nacional de Gestión Financiera, Director Nacional de Planificación y Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios para identificar, valorar y presentar un plan que viabilice la mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía, que incluya la contratación de una póliza de seguros, mismo que no fue presentado por los citados Directores.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0287-0008-IESS-AI-2018, mediante memorando IESS-DG-2018-2101-M de 1 de octubre de 2018, sobre la recomendación 2, expuso lo siguiente:

“...La Comisión de Seguimiento no califica recomendaciones, son las Unidades quienes informan su cumplimiento, además de no realizar supervisión IN SITU.- La Comisión de Seguimiento se ampara en la disposición que la Directora

TREINTA Y CINCO

establece al personal que corresponde cumplir la recomendación, haciendo énfasis en que las Recomendaciones no las emite esta Comisión ni mucho menos las está solicitando directamente, al contrario menciona claramente que lo solicita un Órgano de control como lo es en este caso de la Contraloría General del Estado, recalcando que las unidades son quienes tienen la obligación de cumplir y supervisar su cumplimiento continuo de cada recomendación que se les establezca en base a lo ya mencionado. (...)”.

Lo expuesto no modifica lo comentado de Auditoría, por cuanto en calidad de delegado de la máxima autoridad, previo a identificar el estado de la recomendación, debió efectuar el análisis de la información remitida por los funcionarios

Conclusiones

- La falta de preparación de un proyecto de estructura de una Unidad de Validación de cuentas bancarias registradas en el sistema del IESS por los afiliados/pensionistas por parte de la Directora Nacional de Procesos; y, la Directora Nacional de Afiliación y Cobertura, encargada, pese a que realizaron un trabajo conjunto con los Directores Provinciales a nivel nacional, para la elaboración de la guía de trámite de Validación de Cuenta Bancaria para Asegurados, en la cual no establecieron niveles de jerarquía y funciones; así como, las responsabilidades y obligaciones para cada uno de los servidores que son parte del proceso de Validación de cuentas bancarias; y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no vigiló que los referidos servidores efectúen las acciones necesarias para implantar la recomendación y la identificó con estado “A” aplicada, lo que ocasionó que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1029-2016, se encuentre parcialmente cumplida, que no se continúe con el seguimiento de su aplicación y que se limite identificar los responsables del control del proceso de validación de cuentas bancarias, es decir, el servidor que realiza la validación, supervisa y autoriza.
- Los Directores Nacionales de Afiliación y Cobertura, encargada y titular, la Directora de Nacional de Planificación, la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios y los Subdirectores Nacionales Administrativos, no elaboraron un plan que viabilice la mitigación del riesgo de retiros de fondos de reserva y cesantía, lo que no les permitió determinar la factibilidad de incluir la contratación de una póliza de seguros que cubra este tipo de eventos, lo que orinó que la recomendación 3 del informe DAI-AI-1029-2016 se encuentre parcialmente

TREINTA Y SEIS 

cumplida y ocasionó que no se cuente con procesos alternativos a la contratación de una póliza de seguros, para el reintegro de valores retirados en forma fraudulenta por concepto de fondos de reserva y cesantía.

4. Informe DAI-AI-1040-2016

El informe fue emitido como resultado del examen especial a la asistencia técnica y mantenimiento de las plataformas e infraestructuras tecnológicas en los centros de cómputo de la Dirección de Desarrollo Institucional, actual Dirección Nacional de Tecnología de la Información por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2015, fue aprobado el 28 de septiembre de 2016 por la Directora de Auditoria Internas, encargada de la Contraloría General del Estado, y remitido a la Auditoria Interna Jefe del IESS mediante oficio 29623- DAI de 12 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1696, 1697 y 1698-ME de 13 de octubre de 2016, comunicó al Director Nacional de Tecnologías de Información, encargado, Directora General del IESS y al Presidente del Consejo Directivo del IESS, en su orden para su difusión y cumplimiento.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-2039-M de 31 de octubre de 2016, solicitó el cumplimiento de las recomendaciones al Director Nacional de Tecnologías de la Información.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-1877-M de 18 de octubre de 2016, asignó al Oficinista la "ORDEN DE TRABAJO #46. EXP A-2016-04", en la que constó lo siguiente:

"...realizará las acciones pertinentes de seguimiento, hasta lograr el cumplimiento del 100% de las recomendaciones.-Los documentos que ingresan a formar parte del expediente a usted asignado son de su entera responsabilidad, hasta el envío al archivo pasivo (...)"

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General mediante memorandos IESS-DG-2017-0240 y 1147-M de 6 de febrero y 15 de junio de 2017, realizó insistencias dirigidas al Director Nacional de Tecnologías de la Información en relación al cumplimiento de la recomendación 3, sin evidenciar respuesta a estos requerimientos.

El Oficinista con memorando IESS-DG-2018-0578-M de 26 de febrero de 2018, remitió al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente A-2016-04, en el que concluyó lo siguiente:

"... De conformidad con la Base Matriz de Seguimiento al 26 de febrero de 2018, el resumen de cumplimiento de recomendaciones en el siguiente: -

A	Aplicada	8	100%
B	En proceso de aplicación	0	0%
C	Notificada	0	0%
D	No aplicable	0	0%
	TOTAL	8	100%

.-Con los antecedentes expuestos y de acuerdo con las instrucciones impartidas por las Coordinación a su cargo, se considera procedente el archivo del Expediente A-2016-04 (...):

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que las recomendaciones 3, 7 y 8, se encuentran en estado "A", aplicada, identificada de acuerdo a la información enviada por el Director Nacional de Tecnologías de la Información, encargado, mediante memorando IESS-DNTI-2017-2192-M de 13 de julio de 2017 y en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"... El ingeniero ..., Director Nacional de Tecnología de la Información y Comunicación Encargado, informa el cumplimiento de la recomendación antes en mención, con el memorando IESS-DNTI-2017-2192-M (...):

De conformidad al seguimiento realizado, se determinó que de las 8 recomendaciones, 3 se encuentran cumplidas, 3 parcialmente cumplidas y 2 incumplidas que se citan a continuación:

"... No se mantuvo actualizado el inventario y expedientes documentales de los activos y/o Componentes informáticos de la infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo.-Al Director Nacional de Tecnologías de la Información .-1. Coordinará con la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios, la emisión de lineamientos para registrar y documentar las actividades de ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, considerando la descripción particular e identificación de estos bienes; designación de responsables y custodios, procedimientos para la constatación física periódica de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI y en general del IESS, su estado de funcionamiento, es decir, las condiciones de operatividad, vida útil, ubicación, entre otros aspectos.(...)"

TREINTA Y OCHO

Situación actual:

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-0240-M de 6 de febrero de 2017 realizó una primera insistencia al Director Nacional de Tecnologías de la Información y a la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios a fin de que implementen la recomendación; por lo que el primer funcionario, con memorando IESS-DNTI-2017-1496-M de 6 de abril de 2017, solicitó a la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios, lo siguiente:

“...proporcionar los lineamientos necesarios para el registro y control de los activos fijos y con ellos poder establecer los procedimientos y responsabilidades a las y los servidores en los ámbitos operativos de esta Dirección a nivel nacional (...).”

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2017-1147 y 1924-M de 15 de junio y 12 de octubre de 2017, insistió en la implantación de la referida recomendación al Director Nacional de Tecnologías de la Información, encargado, Subdirector Nacional de Infraestructura de Tecnologías de la Información, encargado, y a la Líder Responsable de Servicios Generales, en su orden, por lo que el primer Director con memorando IESS-DNTI-2017-2900-M de 26 de octubre de 2017, adjuntó el INFORME-DNTI-INV-036 de 19 de octubre de 2017, realizado por el Técnico Informático, quien comunicó que debido a no contar con los lineamientos emitidos por la Directora Nacional de Adquisiciones, Bienes y Servicios sobre el registro y control de los activos fijos, la Unidad de Inventarios de la DNTI actuó en función de lo estipulado en el Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del IESS expedido mediante Resolución CD. 315 de 21 de abril de 2010, en la cual se define cada uno de los aspectos referidos en la mencionada recomendación; y, adjuntó un acta de entrega recepción de equipos y activos fijos con firmas de que quien entregó y recibió, en la que constó el responsable de bodega, custodio y las características de los equipos.

El Subdirector Nacional Administrativo en memorando IESS-SDNA-2018-0802-M de 15 de marzo de 2018 informó al Director Nacional de Tecnologías de la Información, lo siguiente:

“... Mediante memorando IESS-CGSG-2016-0203-M de 24 de octubre de 2016 suscrito por el... Coordinador General de Servicios Corporativos ...dirigido a la
TREINTA Y NUEVE (39)

*Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social... en su parte pertinente indica " solicito a su autoridad, remitir el proyecto de **Reglamento para la administración bienes de larga duración y bienes de control administrativo**, a las autoridades correspondientes para su tratamiento respectivo... -Mediante memorando Nro. IESS-DNSC-2017-0241-M de fecha de 28 de diciembre de 2017 la Dirección Nacional de Servicios Corporativos hace una insistencia en considerar ... la aprobación del mismo por parte del Consejo Directivo del IESS.- ...mientras no se tenga la expedición de la nueva resolución que derogue la resolución C.D. 315, se sugiere aplicar el Reglamento General para la Administración, Utilización, Manejo y Control de Bienes e Inventarios del Sector Público y normativa vigente, mismas que son base de los reglamentos de la normativa para el control de bienes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (...)"*

Por lo expuesto, el Director Nacional de Tecnologías de la Información a quien estuvo dirigida la implementación de la recomendación 1, evidenció que cumplió de acuerdo a sus competencias; sin embargo, ésta se encuentra parcialmente cumplida, en razón de que el Proyecto de Reglamento para la Administración de Bienes de larga Duración y Control Administrativo del IESS, no ha sido aprobado por el Consejo Directivo, lo que no permitió que se emitan los lineamientos relacionados con el registro y documentación de las actividades de ingreso, reemplazo y traslado de activos del área informática.

*"... **No se mantuvo actualizado el inventario y expedientes documentales de los activos y/o componentes informáticos de la infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo** -Al Director Nacional de Tecnologías de la Información -2. Establecerá los procedimientos y responsabilidades de los servidores en los ámbitos operativos de las dirección a su cargo para el registro y documentación de: ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, considerando la descripción particular e identificación de estos bienes; designación de responsables y custodios, la constatación física anual de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI (...)"*

Situación actual:

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2017-0240, 1147 y 1924-M de 6 de febrero, 15 de junio y 12 de octubre de 2017 e IESS-DG-2018-0329-M de 1 de febrero de 2018, realizó insistencias al Director Nacional de Tecnologías de la Información en relación al cumplimiento de la recomendación 2, sin evidenciar respuesta ante estos requerimientos.

CIARENTA 

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 2 se encuentra en estado "A", aplicada, identificada de acuerdo a la información adjunta a la respuesta enviada por el Director Nacional de Tecnologías de la Información, encargado, con memorando IESS-DNTI-2017-2900-M de 26 de octubre de 2017 y en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"... El ingeniero ..., Director Nacional de Tecnología de la Información y Comunicación Encargado, informa el cumplimiento de la recomendación antes en mención, con el memorando IESS-SDITI-2017-0296-M.-(SE ADJUNTA INFORME DE APLICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN EN MENCIÓN) (...)"

El Director Nacional de Tecnologías de la Información, en respuesta al Jefe de Equipo, mediante memorando IESS-DNTI-2018-1160-M de 27 de junio de 2018, adjuntó el memorando IESS-DNTI-2018-0747-M de 19 de abril de 2018, con el cual delegó a la Oficinista como Custodio Administrativo de la DNTI y al Técnico Informático que realice el proceso de traspaso de todos los bienes tecnológicos de la DNTI mediante la firma de las actas de entrega recepción; así también, puso en conocimiento la parte pertinente relacionada al manejo de bienes tecnológicos emitidos por la Contraloría General del Estado conforme lo dispuesto en el Reglamento Administración y Control de Bienes del Sector Público emitido con acuerdo 041-CG-2017 de 29 de diciembre de 2017 y las Normas de Control Interno; sin embargo, no se evidenció que estableció los procedimientos y responsabilidades de los servidores en los ámbitos operativos para el registro y documentación de: ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, realización de constatación física anual de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI, por lo que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentra parcialmente cumplida.

Lo comentado se presentó por cuanto los Directores Nacionales de Tecnologías de la Información, encargados en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de mayo de 2017; y, 12 de junio de 2017 y el 4 de enero de 2018 no establecieron procedimientos y responsabilidades de los servidores para el registro y documentación de: ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, constatación física anual de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI.

CUARENTA Y UNO 

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, asignado con memorando IESS-DG-2016-1877-M de 18 de octubre de 2016 para efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1040-2016, no verificó que la documentación remitida por parte del Director Nacional de Tecnologías de la Información, demuestre que emitió procedimientos y responsabilidades a los servidores para el registro y documentación de: ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, realización de constatación física anual de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI; sin embargo, con memorando IESS-DG-2018-0578-M de 26 de febrero de 2018, emitió el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada, por lo que recomendó el archivo del expediente A-2016-04; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó ni verificó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo acorde a su objeto.

Situaciones que ocasionaron que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre parcialmente cumplida, no se mantenga actualizado el inventario, se desconozca la ubicación de los equipos informáticos de la infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo; así como, que en el inventario de las plataformas e infraestructura tecnológica de la DNTI existan activos que requieren darse de baja.

"... No se conformó el historial de los trabajos efectuados sobre la plataforma e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo.-Al Director Nacional de Tecnologías de la Información.-3. Emitirá instrucciones, directrices y lineamientos para los procesos de entrega de la información requerida y derivada de la ejecución de los contratos de servicios de mantenimiento preventivo, correctivo y soporte tecnológico contratados; así como supervisará la conformación del historial de los trabajos de mantenimiento efectuados en la infraestructura tecnológica del IESS y que contengan documentación que sustente la recepción de los servicios de mantenimiento y asistencia técnica de las plataformas e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo (...)"

Situación actual:

El Director Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicación, mediante memorando IESS-DNTI-2018-1160 de 27 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo, entre otros documentos el memorando IESS-DNTI-2017-2192-M de 13 de julio de

CUARENTA Y DOS 

2017, en el cual emitió directrices a los administradores de contratos tecnológicos, señalando lo siguiente:

“... 1. El Administrador de Contrato y el Responsable de Activos, a través de un Acta de Entrega-Recepción dejarán constancia de la entrega de los bienes o servicios tecnológicos adquiridos o contratados, así como de los informes de los mantenimientos para el registro para su ingreso y asignación de responsables y custodios, acompañando la documentación de respaldo (contrato, factura, informes) (...)”.

Sin embargo no se evidenció que emitió instrucciones, directrices y lineamientos para los procesos de entrega de información derivada de la ejecución de los contratos de servicios de mantenimiento, preventivo, correctivo y soporte tecnológico; ni la supervisión de la conformación del historial de los trabajos de mantenimiento por lo que no se dispone de la documentación que sustente la recepción de los servicios de mantenimiento y asistencia técnica de las plataformas e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo.

Lo comentado se presentó debido a que los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de mayo de 2017; y, 12 de junio de 2017 y el 4 de enero de 2018, no emitieron instrucciones, directrices y lineamientos para el proceso de entrega de información de la ejecución de los contratos de servicios de mantenimiento, preventivo, correctivo y soporte tecnológico contratados; ni supervisaron la conformación del historial de los trabajos de mantenimiento y asistencia técnica de las plataformas e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo, por lo que la recomendación 3 del informe DAI-AI-1040-2016, se encuentra incumplida, lo que originó que no dispongan de información sobre el estado de la infraestructura tecnológica para ser considerada en futuras acciones de mantenimiento.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, asignado con memorando IESS-DG-2016-1877-M de 18 de octubre de 2016 para efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1040-2016, no verificó que en la documentación remitida por parte del Director Nacional de Tecnologías de Información, conste la emisión de instrucciones, directrices y lineamientos para los procesos de entrega de información derivada de la ejecución de los contratos de servicios de mantenimiento, preventivo, correctivo y soporte tecnológico; así como, procedimientos de supervisión a la conformación del historial de

CUARENTA Y TRES (43)

los trabajos de mantenimiento y asistencia técnica de las plataformas e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo; sin embargo, con memorando IESS-DG-2018-0578-M de 26 de febrero de 2018, emitió el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada, por lo que recomendó el archivo del expediente A-2016-04; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó ni verificó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo acorde al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 3 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre incumplida, que no se continúe con el seguimiento de su implementación; y, que no dispongan de información sobre el estado de la infraestructura tecnológica para ser considerada en futuras acciones de mantenimiento.

"... No se informaron cambios en las condiciones operativas de la plataforma e infraestructura tecnológica bajo contrato de mantenimiento .-Al Director Nacional de Tecnología de la Información .-7. Incluirá en la designación de responsabilidades de los Administradores de Contratos de mantenimiento y soporte tecnológico y que los informes técnicos documentados, indiquen las condiciones y entorno de operación a desarrollar, en el caso de proveedores externos, las posibles afectaciones en el cumplimiento de contratos (...)"

Situación actual:

El Director Nacional de Tecnologías de la Información con memorando IESS-DNTI-2017-2192-M de 13 de julio de 2017 emitió directrices a los administradores de contratos tecnológicos, sin incluir las responsabilidades para los servidores que realizaron esta función en los Contratos de mantenimiento y soporte tecnológico, por lo que a sus informes adjuntaron únicamente las actas entrega recepción parciales de los procesos y no contaron con información sobre las condiciones y entorno de operación a desarrollar, que como ejemplo citamos: SIE-76-IESS-DNA-2016, contrato IESS-PG-2017-0007-C, Orden de Servicio OS-30-IESS-DNA-16 y contrato IESS-PG-2016-0139-C.

Lo comentado se presentó debido a que los Directores Nacionales de Tecnologías de la Información, encargados en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de mayo de 2017; y, 12 de junio de 2017 y el 4 de enero de 2018, no incluyeron en la designación de los Administradores de Contratos de mantenimiento y soporte tecnológico sus

cuarenta y cuatro

responsabilidades, por lo que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1040-2016, se encuentra incumplida, lo que ocasionó que emitan informes sin datos respecto a los mantenimientos realizados ni identificar la existencia o no de inconvenientes en la condición y entorno de operación de los equipos que afecten el cumplimiento de los contratos.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, asignado con memorando IESS-DG-2016-1877-M de 18 de octubre de 2016 para efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1040-2016, no verificó que en la documentación remitida por parte del Director Nacional de Tecnologías de Información, incluya en la designación de los Administradores de Contratos de mantenimiento y soporte tecnológico sus responsabilidades; sin embargo, con memorando IESS-DG-2018-0578-M de 26 de febrero de 2018, emitió el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada, por lo que recomendó el archivo del expediente A-2016-04; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó ni verificó que en la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1040-2016 se identifique como aplicada y no se continúe con el seguimiento de su implementación; y, ocasionó que los administradores de los contratos emitan informes sin datos respecto a los mantenimientos realizados ni identificar la existencia o no de inconvenientes en la condición y entorno de operación de los equipos que afecten el cumplimiento de los contratos.

“... No se renovaron garantías de fiel cumplimiento .-Al Director Nacional de Tecnología de la Información .-8. Incluirá en la designación de responsabilidades a los Administradores de los Contratos, la constatación de la vigencia de las garantías, la observación de posibles inconsistencias de cláusulas con los términos de referencia y obligación que tiene de entregar los expedientes que de la Administración del Contrato se informen en caso de cambio de Administradores a los nuevos servidores. Por lo que designará un servidor responsable de la supervisión y evaluación de estos procesos de lo que dejará constancia en el mismo expediente para seguimiento posterior (...).”

Situación actual:

CUARENTA Y CINCO 

El Director Nacional de Tecnologías de la Información, con memorando IESS-DNTI-2018-1160 de 27 de junio de 2018, emitió las siguientes directrices a los administradores de contratos tecnológicos:

"...2. El Administrador de Contrato, tiene la responsabilidad de constatar el contenido y vigencia de las garantías, solicitar la renovación al contratista la renovación de las mismas y remitirla a la respectiva Unidad Financiera para su registro y custodia. -3. El Administrador Contrato en caso de detectar posibles inconsistencias entre las cláusulas contractuales con la oferta, términos de referencia/especificaciones técnicas, deberá de inmediato poner en conocimiento de la autoridad competente, a efectos de que sean subsanadas (...)"

Sin embargo, no demostró haber designado o delegado a un servidor en representación de ellos realice la supervisión y evaluación a los Administradores de Contrato a fin de que confirmen la vigencia de las garantías, observen posibles inconsistencias de cláusulas con los términos de referencia y que entreguen los expedientes en caso de cambio de Administrador.

Lo comentado se presentó debido a que los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 5 de mayo de 2017; y, 12 de junio de 2017 y el 4 de enero de 2018, no designaron a un servidor que en su representación realice la supervisión y evaluación a los Administradores de Contrato a fin de que confirmen la vigencia de las garantías, observen posibles inconsistencias de cláusulas con los términos de referencia y que entreguen los expedientes en caso de cambio de Administrador, por lo que la recomendación 8 se encuentra parcialmente cumplida; lo que ocasionó que no se tenga un control y documentado a las actividades realizadas por parte de los Administradores de contrato.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, asignado con memorando IESS-DG-2016-1877-M de 18 de octubre de 2016 para efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1040-2016, no verificó que en la documentación remitida por el Director Nacional de Tecnologías de Información, conste la designación a un servidor que en su representación realice la supervisión y evaluación a los Administradores de Contrato a fin de que confirmen la vigencia de las garantías, observen posibles inconsistencias de cláusulas con los términos de referencia y que entreguen los expedientes en caso de cambio de Administrador; sin embargo, con memorando IESS-DG-2018-0578-M de 26 de febrero

CUARENTA Y SEIS 

de 2018, emitió el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada, por lo que recomendó el archivo del expediente A-2016-04; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó ni verificó que en la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 8 del informe DAI-AI-1040-2016 se identifique en estado aplicada y no se continúe con el seguimiento de su implementación; así como, lo que ocasionó que no se tenga un control y documentado a las actividades realizadas por parte de los Administradores de contrato.

Los Directores Nacionales de Tecnología de la Información y Comunicación, encargados, inobservaron lo dispuesto en el artículo 92.- Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

El Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplieron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y las funciones dispuestas en memorando IESS-DG-2016-2103-M de 12 de noviembre de 2016 y, en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios 0285, 0286, 0287 y 0288-0008-IESS-AI-2018 de 24 y 25 de

CUARENTA Y SIETE 

septiembre de 2018, a los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados; al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General y al Oficinista, en su orden; recibíéndose la siguiente respuesta:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0287-0008-IESS-AI-2018, mediante memorando IESS-DG-2018-2101-M de 1 de octubre de 2018, expuso lo siguiente:

"...La Comisión de Seguimiento no califica recomendaciones, son las Unidades quienes informan su cumplimiento, además de no realizar supervisión IN SITU.- La Comisión de Seguimiento se ampara en la disposición que la Directora establece al personal que corresponde cumplir la recomendación, haciendo énfasis en que las Recomendaciones no las emite esta Comisión ni mucho menos las está solicitando directamente, al contrario menciona claramente que lo solicita un Órgano de control como lo es en este caso de la Contraloría General del Estado, recalcando que las unidades son quienes tienen la obligación de cumplir y supervisar su cumplimiento continuo de cada recomendación que se les establezca en base a lo ya mencionado. (...)"

Lo expuesto no modifica lo comentado de Auditoria, por cuanto en calidad de delegado de la máxima autoridad, previo a identificar el estado de la recomendación, debió efectuar el análisis de la información remitida por los funcionarios

Conclusiones

- El Director Nacional de Tecnologías de la Información a quien estuvo dirigida la implementación de la recomendación 1, evidenció que cumplió de acuerdo a sus competencias; sin embargo, ésta se encuentra parcialmente cumplida, en razón de que el Proyecto de Reglamento para la Administración de Bienes de larga Duración y Control Administrativo del IESS, no ha sido aprobado por el Consejo Directivo, lo que no permitió que se emitan los lineamientos relacionados con el registro y documentación de las actividades de ingreso, reemplazo y traslado de activos del área informática.
- La falta de establecimiento de procedimientos y responsabilidades a los servidores para el registro y documentación de: ingreso, reemplazo, traslado de activos del área informática, constatación física anual de equipos y bajas de los activos informáticos que forman parte del inventario de las plataformas e infraestructura

CUARENTA Y OCHO 

tecnológica de la DNTI, de verificación y supervisión sobre la documentación remitida para evidenciar que la recomendación fue aplicada por parte de los Directores Nacionales de Tecnologías de la Información titular y encargados, del Oficinista y del Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, originó que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre parcialmente cumplida y no se continúe con el seguimiento de su implementación; y, que no se mantenga actualizado el inventario, se desconozca la ubicación de los equipos informáticos de la infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo; así como, que en el inventario de las plataformas existan archivos que se requieran darse de baja.

- Los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados, no emitieron instrucciones, directrices y lineamientos para el proceso de entrega de información de la ejecución de los contratos de servicios de mantenimiento, preventivo, correctivo y soporte tecnológico contratados; ni supervisaron la conformación del historial de los trabajos de mantenimiento y asistencia técnica de las plataformas e infraestructura tecnológica de los Centros de Cómputo, tampoco el Oficinista, verificó que en la documentación remitida consten dichas disposiciones previo a emitir el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada y recomendó el archivo del expediente A-2016-04; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad no supervisó ni validó que la documentación considerada por el Oficinista para identificar la recomendación en estado de *Aplicada*, demuestre su implementación; lo que originó que la recomendación 3 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre incumplida, no se continúe con el seguimiento de su implementación; y, que no dispongan de información sobre el estado de la infraestructura tecnológica para ser considerarlas en futuras acciones de mantenimiento.
- Los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados, no incluyeron en la designación de los Administradores de Contratos de mantenimiento y soporte tecnológico sus responsabilidades, a fin de que emitan informes indicando las condiciones y entorno de operación a desarrollar, tampoco el Oficinista y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, verificó que se

CUARENTA Y NUEVE

cumplan estos requerimientos para determinar que la recomendación se encontraba “*Aplicada*, demuestre que fue implementada; lo que originó que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre incumplida y que no se continúe con el seguimiento de su implementación; tampoco permitió contar con información sobre los mantenimientos realizados, identificando si existió o no inconvenientes en la condición y entorno de operación de los equipos que afecten el cumplimiento de los contratos.

- Los Directores Nacionales de Tecnología de la Información, encargados no designaron a un servidor que en su representación realice la supervisión y evaluación a los Administradores de Contrato; el Oficinista al efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1040-2016, no verificó que se cumplan estos procedimientos ni el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, supervisó ni validó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba “*Aplicada*, demuestre su implementación; lo que originó que la recomendación 8 del informe DAI-AI-1040-2016 se encuentre parcialmente cumplida, no se continúe con el seguimiento de su implementación; y, que no se tenga un control documentado a las actividades realizadas por parte de los Administradores de contrato.

5. Informe DAI-AI-1065-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de farmacia en la Unidad de Atención Ambulatoria IESS El Empalme, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de agosto de 2015, fue aprobado el 4 de octubre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido al Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 30088-DAI de 18 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1822 y 1824-ME de 26 de octubre de 2016 comunicó a la Directora General del IESS y a la Directora del Centro de Salud B- El Empalme.

La Unidad de Atención Ambulatoria IESS El Empalme fue homologada como Centro de Salud B – El Empalme, conforme a la Homologación de los Establecimientos de Salud del IESS acorde a la Tipología emitida por el Ministerio de Salud Pública,

CINCUENTA (21)

establecida por el Director General del IESS, según Resolución IESS-RNDG-002-2015 de 26 de noviembre de 2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2016-2105-M de 12 de noviembre de 2016, asignó al Oficinista, la "Orden de trabajo #64 EXP A-2016-26", en la que entre otras, constaron las siguientes actividades:

"...realizará las acciones pertinentes de seguimiento, hasta lograr el cumplimiento del 100% de las recomendaciones.-Los documentos que ingresan a formar parte del expediente a usted asignado son de su entera responsabilidad, hasta el envío al archivo pasivo (...)"

El Oficinista con memorando IESS-DG-2017-0577-M de 16 de marzo de 2017, remitió al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente A-2016-26, en el que concluyó, lo siguiente:

"... De conformidad con la Base Matriz de Seguimiento al 18 de mayo de 2017, el resumen de cumplimiento de recomendaciones es el siguiente: -"

A	Aplicada	25	100%
B	En proceso de aplicación	0	0%
C	Notificada	0	0%
D	No aplicable	0	0%
	TOTAL	25	100%

.-Con los antecedentes expuestos y de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Coordinación a su cargo, se considera procedente el archivo del Expediente A-2016-26 (...)"

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018, envió al Jefe de Equipo la matriz de seguimiento, en la cual constó que de las 25 recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1065-2016, el 100%, se encuentran en estado "A" correspondiente a "Aplicada"; sin embargo, se determinó que 21 fueron cumplidas, 3 parcialmente cumplidas y 1 incumplida, que se citan a continuación:

*"... **Adquisición de bienes aplicando el proceso de menor cuantía.-A la Directora del Centro de Salud B-El Empalme** .-2. Designará por escrito las funciones y competencias; así como implementará reportes de ejecución de actividades, para verificar la gestión realizada por los servidores de las áreas de Farmacia y de Adquisiciones (...)"*

CINCUENTA Y UNO

Situación actual:

La Directora del Centro de Salud B- El Empalme, con memorando IESS-CSB-EE-2016-0630 de 27 de octubre de 2016, en su orden, designó a la Oficinista las funciones de Compras Públicas.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 2, se encuentra en estado "A", aplicada, calificada de acuerdo a la información adjunta a las respuestas enviadas por la Directora Provincial del IESS Guayas con memorando IESS-DPG-2017-0742 de 8 de febrero de 2017 y la Directora del Centro de Salud B – El Empalme con memorando IESS-CSB-EE-2017-0156-M de 9 de marzo de 2017, en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"... La Directora del Centro de Salud B El Empalme, designó por escrito las funciones y competencias a los servidores que intervienen en procesos de adquisición de bienes y servicios, registros y gestión de farmacia. Mediante memorandos Nros...; IESS-CSB-EE-2016-0630-M de 2016.10.27; IESS-CSB-EE-2016-0714-M de 2016.11.29 (...)"

Al respecto, se verificó que en los referidos memorandos la Directora del Centro de Salud B El Empalme designó las funciones entre otras para Compras Públicas; no obstante, no constó para Farmacia.

La Directora del Centro de Salud B - El Empalme, en relación al cumplimiento de la citada recomendación, con memorando IESS-CSB-EE-2018-0611 de 11 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo, entre otros, los oficios 522581101-055-D y 052FM de 2 de marzo de 2017, con el primer documento dio a conocer a la Auxiliar de Farmacia el cumplimiento de la recomendación 2 del informe DAI-AI-1065-2016, por lo que dispuso emita un reporte de ejecución de actividades para verificar la gestión realizada en su área; y con el segundo, la Auxiliar de Farmacia en respuesta al primer oficio citado, se limitó a enumerar las actividades propias de su cargo; sin identificar la entrega de reportes de ejecución de actividades posteriores al mencionado oficio por parte de servidores de las áreas de Farmacia y de Adquisiciones; por lo cual no se dispuso de información para evidenciar la implementación de los referidos reportes.

CINCUENTA Y DOS 

Lo comentado se presentó debido a que la Directora del Centro de Salud B - El Empalme en funciones entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de abril de 2018 no designó por escrito las funciones de la Auxiliar de Farmacia, además no implementó los reportes de ejecución de actividades, por lo que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentra parcialmente cumplida; lo que no permitió verificar la gestión realizada por los servidores de las áreas de Farmacia y Adquisiciones.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-26"* remitido con memorando IESS-DG-2017-0577-M de 16 de marzo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 2 del informe DAI-AI-1065-2016, misma que la calificó como aplicada, sin contar con la designación de funciones a la Auxiliar de Farmacia y con los reportes de ejecución de actividades; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba *"Aplicada"*, estuvo acorde a su objeto, por lo que la misma se encuentra parcialmente cumplida, lo que originó que a partir del 16 de marzo de 2017, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad con el cumplimiento de la citada recomendación, lo que no permitió verificar la gestión realizada por los servidores de las áreas de Farmacia y Adquisiciones.

"... Procedimientos por Ínfima Cuantía sin sujetarse a disposiciones legales y no se publicaron en el Portal de Compras Públicas.- A la Directora del Centro de Salud B-El Empalme .-6. Dispondrá y vigilará que el servidor encargado del portal de Compras Públicas, publique en el portal utilizando la herramienta "Publicaciones de Ínfima Cuantía", las adquisiciones llevadas a cabo en la Unidad Médica, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las adquisiciones (...)"

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2225-M de 23 de noviembre de 2016, solicitó a la Directora del Centro de Salud B -El Empalme cumplir y hacer cumplir la recomendación 6, por lo que la citada servidora con memorando IESS-DPG-2017-
CINCUENTA Y TRES (53)

0742-M de 8 de febrero de 2017, adjuntó una captura de pantalla del portal de compras públicas, en la que constó 8 adquisiciones por ínfima cuantía de noviembre de 2016 y el memorando IESS-CSB-EE-2016-0715-M de 29 de noviembre de 2016, remitido a la Auxiliar de Estadística – Encargada de Compras Públicas, en el cual informó lo siguiente:

“... Por medio de la presente, le recuerdo a usted que antes de culminar el mes, debe publicar en el portal de compras públicas todos los procesos que se hayan realizado por ínfima cuantía, además de que son recomendaciones de la Contraloría General del Estado...” oficio que fue dirigido a la Encargada Proceso de Compras con número 522581101-108-D de fecha 22 de diciembre de 2016 (...).”

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 6, se encuentran en estado “A”, aplicada, calificadas de acuerdo a la información adjunta a las respuesta enviada por la Directora Provincial del IESS Guayas con memorando IESS-DPG-2017-0742 de 8 de febrero de 2017 y la Directora del Centro de Salud B – El Empalme con memorando IESS-CSB-EE-2017-0156-M de 9 de marzo de 2017, en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

“... Con memorando Nro. IESS-CSB-EE-2016-0715-M de 2016.11. suscrito por la Dra... Directora del Centro de Salud B-El Empalme, exhorta que antes de culminar el mes, debe publicar en el portal de compras públicas todos los procesos que se hayan por ínfima cuantía. (Ver anexo 4). (...).”

La Directora del Centro de Salud B – El Empalme con oficio 522581101-382-D de 25 de octubre de 2017, autorizó a la Auxiliar de Servicios – Encargada de Compras Públicas que publique mensualmente las adquisiciones de ínfima cuantía realizadas en el mes y reporte las mismas.

En la visita al Centro de Salud B – El Empalme realizada el 26 de junio de 2018 por el equipo auditor, la Auxiliar de Estadísticas y la Auxiliar de Servicios, servidoras encargadas de compras públicas de esta casa de salud en respuesta al Jefe de Equipo, proporcionaron los siguientes oficios 522581101-129, 015, 025, 048, 059, 065 y 073-EST de 30 de noviembre de 2016, 31 de enero, 31 de marzo, 31 de mayo, 30 de junio, 31 de julio, 31 de agosto de 2017; y, 522581101-041, 002, 008, 017, 027-CP de 1 de diciembre de 2017; y, 2 de enero, 1 de febrero, 1 de marzo y 2 de abril de 2018,

CINCUENTA Y CUATRO

en su orden, con los cuales informaron a la Directora del Centro de Salud B – El Empalme la publicación mensual de adquisiciones por ínfima cuantía.

De una muestra de 17 expedientes de adquisiciones realizadas por ínfima cuantía, se verificó que 11 procesos del año 2017 y 3 procesos del año 2018, no fueron publicados utilizando la herramienta del portal compras públicas, como se muestra en el siguiente cuadro:

No.	Código Proceso	Factura		Valor Adquisición USD	Concepto
		No.	Fecha		
1	OT 003-A	007-099-0000003943	2017-02-02	2 569,56	Compra de 4 repuestos para la ambulancia
2	SIN NUMERO	001-002-2314	2017-02-14	45,38	Recarga de oxígeno
3	OT 0013	000000104	2017-05-07	1 525,00	Mantenimiento de acondicionadores de aires
4	OC 0012	0018346	2017-02-22	3 819,18	Compra de llantas y Baterías
5	OC - 009 A FACT	0018344	2017-04-05	6 353,92	Aires acondicionados
6	OC- 013	000000690	2017-05-03	4 760,00	MDF Representaciones
7	OT 004	001-001-0000055	2017-05-03	5 901,65	Mantenimiento de Canaletas (En el que se construyeron se instaló Chova y
8	SIN ORDEN	000000572	2017-08-02	597,96	Formularios y Sellos Automáticos
9	OC-024 .	000000601	2017-10-01	4 983,48	Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Centro Salud B Empalme / EMPRESA OFFICEGOLDEN S.A
10	OC 0042	001-001-000090	2017-11-28	2 326,00	Compra de Toners
11	OC 0041	00000000000036	2017-12-21	3 359,40	Centrifuga de 24 TUBOS
			Suman USD	3 3671,97	
12	OC 006	0000036	2018-04-05	1 816,00	Adquisición de medicina año 2018 de este CSB el empalme
13	NA	000009781	2018-04-03	1 406,21	Mantenimiento de purificadores
14	OC 008	000000281	2018-04-09	3 766,92	Dispositivos médicos de odontología
			Suman USD	7 047,63	
			Total USD	40 719,6	

CINCUENTA Y CINCO

A pesar de que la Directora del Centro B - El Empalme, recibió los informes mensuales de publicación de adquisiciones por ínfima cuantía, no vigiló que la información proporcionada por las Responsables de Compras Públicas se encontrara completa, permitiendo que los procesos anteriormente descritos no sean publicados.

Lo comentado se presentó, por cuanto la Directora del Centro de Salud B- El Empalme en funciones entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de abril de 2018, no vigiló que las Auxiliares de Estadística y de Servicios publiquen en el portal de compras públicas a través de la herramienta "*Publicaciones de Ínfima Cuantía*", la totalidad de las adquisiciones efectuadas bajo esta modalidad durante el mes en el que se realizaron; la Auxiliar de Estadística - Encargada de Compras Públicas en funciones entre el 29 de noviembre de 2016 y el 22 de octubre de 2017 y la Auxiliar de Servicios - Encargada Compras Públicas en funciones entre el 23 de octubre de 2017 y el 30 de abril de 2018 del Centro de Salud B - El Empalme; no publicaron todas las adquisiciones utilizando la herramienta "*Publicaciones de Ínfima Cuantía*"; por lo que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentra parcialmente cumplida; ocasionando que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada de 14 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía; así como, no se transparente su información.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, de la Comisión de Seguimiento no validó la información presentada por la Directora del Centro de Salud B- El Empalme, previo a emitir el "*Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-26*", remitido con memorando IESS-DG-2017-0577-M de 16 de marzo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, toda vez que calificó como aplicada la recomendación 6 del informe DAI-AI-1065-2016, a base de una captura de pantalla del portal de compras públicas en la que constó el resumen de las facturas registradas durante el mes de noviembre de 2016, sin verificar que efectivamente se encuentren publicadas todas las ínfimas cuantías durante el transcurso del mes que se realizaron las adquisiciones; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar, que la recomendación 6 se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación y que en el portal de compras públicas no se

CINCUENTA Y SEIS 

cuenta con información actualizada de 14 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía; así como, no se transparente su información.

“... Inexistencia de registros y controles en Farmacia.- A la Directora del Centro de Salud B-El Empalme .-14. Emitirá instrucciones y establecerá procedimientos por escrito, para el control y supervisión de las labores que se realizan en Farmacia, a fin de contar con información actualizada y real de sus operaciones para la toma de decisiones (...).”

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2225-M de 23 de noviembre de 2016, solicitó a la Directora del Centro de Salud B –El Empalme cumplir y hacer cumplir la recomendación 14, por lo que está servidora con oficio 522581101-119-D de 29 de diciembre de 2016 dispuso a la Auxiliar de Farmacia cumplir con la referida recomendación.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 14 se encuentran en estado “A”, aplicada, calificadas de acuerdo a la información adjunta a las respuesta enviada por la Directora Provincial del IESS Guayas mediante memorando IESS-DPG-2017-0742 de 8 de febrero de 2017 y la Directora del Centro de Salud B – El Empalme con memorando IESS-CSB-EE-2017-0156-M de 9 de marzo de 2017, en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

“... Mediante Oficio Nro. 522581101-119-D de 2016.12.29 suscrita por la Dra..., Directora CSB El Empalme, dispuso a la Ing..., Auxiliar de Farmacia CSB El Empalme, el cumplimiento de la descrita recomendación; Memorando Nro. IESS-UAAEE-2016-0047-M de 2016.02.02 suscrita por CPA. ..., Auxiliar de Contabilidad (U.A.A El Empalme) (...).”

Al respecto, la información remitida por parte de la Directora del Centro de Salud B - El Empalme, no tuvo relación con el objeto de la recomendación 14, por cuanto no estableció procedimientos por escrito, para el control y supervisión de las labores realizadas en Farmacia; y en relación al memorando remitido por la Auxiliar Contable se verificó que con éste, se solicitó información para conciliación de existencias de farmacia.

CINCUENTA Y SIETE

La Directora del Centro de Salud B - El Empalme, en relación al cumplimiento de la citada recomendación, con memorando IESS-CSB-EE-2018-0611 de 11 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo información similar a la entregada a la Comisión de Seguimiento y adicionalmente el oficio 522581101-560-D de 29 de diciembre de 2016, en cual dio a conocer a la Auxiliar de Farmacia los pasos para realizar la entrega de fármacos como se detalla a continuación.

“ ... Solicitar la cedula del afiliado.- Digitar la cédula del paciente.- Seleccionar la medicina enviada por el médico que le atendió.- Verificar que este correctamente prescrita.- Imprimir la receta.- Entregar al afiliado para que firme la receta.- Recepción de las recetas firmada.- Entregar la cédula y la medicina al afiliado.- Archivar las rectas despachadas en el día y guardarlas mensualmente (...)”

Del análisis realizado a la información remitida por parte de la Directora del Centro de Salud B - El Empalme y en la visita de campo no se pudo evidenciar que se hayan emitido instrucciones y procedimientos por escrito, para el control y supervisión en el Área de Farmacia, por lo que no se contó con información de stock máximos y mínimos de existencias en la Farmacia, reportando únicamente solicitudes de entrega de medicamentos dirigidos a la encargada de Bodega, como son en los casos de los oficios emitidos entre el 4 de enero de 2017 y 20 de abril de 2018, que se detallan a continuación:

Oficio	Fecha
522581101-001-FM	2017-01-04
522581101-021-FM	2017-01-20
522581101-142-FM	2017-10-04
522581101-001-FM-2018	2018-01-08
522581101-078-FM-2018	2018-02-02
522581101-086-FM-2018	2018-02-27
522581101-006-QF-2018	2018-04-11

Los hechos se presentaron debido a que la Directora del Centro de Salud B - El Empalme, en funciones entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de abril de 2018, no emitió instrucciones ni estableció procedimientos por escrito, para el control y supervisión de las labores que se realizan en Farmacia, por lo que la recomendación 14 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentra incumplida, lo que ocasionó que no se controle las operaciones realizadas en la farmacia y con información real como es el caso de stocks máximos y mínimos para toma de decisiones.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *“Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del*

CINCUENTA Y OCHO

Expediente A-2016-26" remitido con memorando IESS-DG-2017-0577-M de 16 de marzo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 14 del informe DAI-AI-1065-2016, misma que la calificó como aplicada, sin contar con las instrucciones y procedimientos por escrito, para el control y supervisión de las labores realizadas en la Farmacia; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo acorde a su objeto; lo que originó que a partir del 16 de marzo de 2017, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de la citada recomendación y no permitió que se controle las operaciones realizadas en la farmacia y con información real como es el caso de stocks máximos y mínimos para toma de decisiones.

"...Inexistencia de registros y controles en Farmacia.- A la Directora del Centro de Salud B-El Empalme.- 20. Instruirá a la Auxiliar de Farmacia sobre procedimientos de archivo, a fin de que la documentación de sustento de las operaciones administrativas de farmacia, se mantenga en forma ordenada y estén disponible para acciones de verificación (...)"

Situación actual:

La Directora del Centro de Salud B - El Empalme con oficio 522581101-124-D de 29 de diciembre de 2016, dispuso a la Auxiliar de Farmacia en relación al cumplimiento de la recomendación 20, lo siguiente:

"...dispongo a usted como encargada de farmacia de este Centro de Salud, revisar y analizar el memorando N° IESS-DNGD-2017-0102-M; así mismo solicitar a la Dirección de este Centro de Salud, las adecuaciones necesarias para poder cumplir con la recomendación de auditoria descrita en líneas anteriores (...)"

En el oficio 522581101-124-D de 29 de diciembre de 2016, no constó la firma de recepción de la Auxiliar de Farmacia; y, el memorando IESS-DNGD-2017-0102-M suscrito por el Director Nacional de Gestión Documental con cual remitió las "RECOMENDACIONES PARA PRESERVAR Y CONSERVAR DOCUMENTOS DE TODAS LAS UNIDADES Y DEPENDENCIAS DE IESS", fue emitido el 16 de enero de 2017, esto es posterior al oficio con cual la Directora del Centro de Salud B - El

CINCUENTA Y NUEVE 

Empalme, dispuso revisar y analizar el citado memorando, mismo en cual se dieron recomendaciones generales para preservar y conservar documentos, no siendo específicas para el Área de Farmacia.

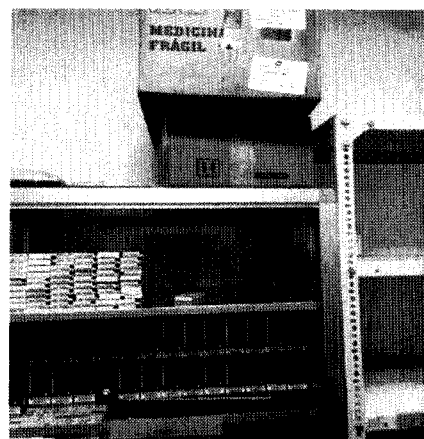
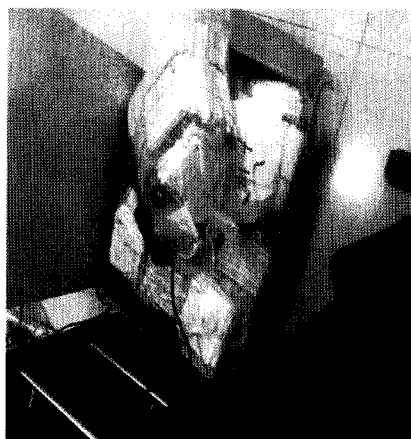
El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 20, se encuentra en estado "A", aplicada, calificada de acuerdo a la información adjunta a las respuestas enviadas por la Directora del Centro de Salud B – El Empalme con oficio 522581101-024-D de 3 de febrero de 2017 y en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"... A través de oficio N° 522581101 124-D de 2016.12.29 suscrito por la doctora ...Directora CSB El Empalme, dispuso a la ingeniera ... encargada de bodega CSB El Empalme cumplir con la descrita recoemdación (sic); con memorando N° IESS DNGD-2017-0102-M de 2017.01.16 suscrito por el ingeniero..., Director Nacional de Gestión Documental (...)"

En la visita realizada al Centro de Salud B – El Empalme el 26 de junio de 2018, el equipo auditor verificó que los documentos de sustento de las recetas despachadas y legalizadas con firmas de los usuarios durante el período analizado, esto es, desde el 26 de octubre de 2016 hasta el 30 de abril de 2018, se encuentran agrupadas de manera diaria en paquetes, sin orden numérico y guardadas en fundas plásticas por cada mes, dentro de cajas de cartón, como se demuestra:



SESENTA / 60



La Directora del Centro de Salud B - El Empalme en funciones entre el 1 de septiembre de 2016 y el 30 de abril de 2018 no instruyó a la Auxiliar de Farmacia sobre procedimientos de archivos respecto al manejo de la documentación generada en esta área y que fueron remitidos por el Director Nacional de Gestión Documental, únicamente se le dio a conocer sobre el cumplimiento de la recomendación 20 del informe DAI-AI-1065-2016, por lo que ésta se encuentra parcialmente cumplida, lo que ocasionó que la documentación de sustento de las operaciones administrativas de farmacia, no se mantenga en forma ordenada y esté disponible para acciones de verificación.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-26"* remitido con memorando IESS-DG-2017-0577-M de 16 de marzo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 20 del informe DAI-AI-1065-2016, misma que la calificó como aplicada, sin contar con evidencia documental que demuestre que se implementó procedimientos respecto al manejo, custodia y conservación de las recetas despachadas por los servidores de farmacia; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo acorde a su objeto; lo que originó que a partir del 16 de marzo de 2017, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de la citada recomendación, ocasionando que la Unidad Médica no tenga un control efectivo y disponibilidad inmediata de la documentación de sustento de los

SESENTA Y UNO *[Signature]*

medicamentos despachados; así como no mantener información ordenada para futuras acciones de control.

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

El Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, incumplieron la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y las funciones dispuestas en memorando IESS-DG-2016-2103-M de 12 de noviembre de 2016 y, en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios: 0240, 0242 y 0244-008-IESS-AI-2018 de 5 de septiembre de 2018, a la Auxiliar de Estadística – Encargada de Compras Públicas, Auxiliar de Servicios - Encargada de Compras Públicas y a la Directora del Centro de Salud B- El Empalme; y con oficios 0274 y 0275-0008-IESSAI-2018 de 7 de septiembre de 2018, al Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, respectivamente; obteniendo las siguientes respuestas:

La Directora del Centro de Salud B- El Empalme en respuesta al oficio 0240-008-IESS-AI-2018 con oficios 522581101-310-D y 311-D de 7 y 10 de septiembre de 2017, manifestó en términos similares lo siguiente:

SESENTA Y DOS bch

*“... Con Oficio Nro. 522581101-284-D, fecha 17 de julio de 2018, se dispone al (sic) área de Compras Públicas, la entrega de lo realizado en dicha área mensualmente.- ... **Recomendación 6**.- ... informo que se ha omitido por parte de la suscrita verificar si dichos(sic) adquisiciones fueron subidas en su totalidad.- ... **Recomendación 14** ... De acuerdo a lo manifestado, indico a usted que desde la presente, se realizará dicha recomendación cumpliendo el orden, mediante el siguiente procedimiento.- ... “... **Recomendación 20** ... Los documentos de sustento, esto es las recetas despachadas y legalizadas con firmas de los usuarios, se encuentran agrupadas por días y archivadas por mes, las mismas que se guardan en fundas (...)”.*

Lo expuesto por la Directora no modifica lo comentado por auditoría en razón de que hasta la fecha de corte del examen no adjuntó los reportes implementados de ejecución de actividades que demuestren el cumplimiento de la recomendación 2; no evidenció el seguimiento y supervisión realizado por la funcionaria a la información presentada por las encargadas de Compras Públicas dentro del periodo analizado, no se presentaron documentos de instrucciones y procedimientos emitidos durante el periodo analizado esto es del 1 de julio de 2016 al 30 de abril de 2017, para el control y supervisión de las labores que se realizan en farmacia, ni sustentó las instrucciones dirigidas a la Auxiliar de farmacia sobre procedimientos de archivo.

La Auxiliar de Estadística - Encargada de Compras Públicas del Centro de Salud B - El Empalme, en respuesta al oficio 0240-0008-IESS-AI-2018, con oficio 522581101-094-EST de 7 de septiembre de 2018, informó:

“... Al ser Auxiliar de Estadística de este Centro de Salud, así como encargada de otras funciones como son ... mis responsabilidades son varias, mismas que han ocasionado que no se pueda cumplir con lo indicado al finalizar el mes como son las Publicaciones de Ínfima Cuantía(...)”.

Lo expuesto por la Auxiliar de Estadística ratifica lo comentado por Auditoría en razón de que no se presentó la evidencia de las publicaciones de las adquisiciones utilizando la herramienta “Publicaciones de Ínfima Cuantía”, las adquisiciones llevadas a cabo en la Unidad Médica, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las adquisiciones.

La Auxiliar de Servicios – Encargada Compras Públicas del Centro de Salud B - El Empalme con oficio 522580000-066-CP de 7 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0242-0008-IESS-AI-2018, informó:

SESENTA Y TRES

“... en lo que se refiere a las tres que no se encuentran publicadas comunico a usted que no se procedió (sic) a subirlas al portal, puesto que el RUC de dichos proveedores se encontraban inhabilitados (...).”

Lo expuesto por la Auxiliar de Servicios no modifica el comentario en razón de que no se presentó la evidencia de las publicaciones de las adquisiciones utilizando la herramienta “*Publicaciones de Ínfima Cuantía*”, las adquisiciones llevadas a cabo en la Unidad Médica, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las adquisiciones, las impresiones de pantalla no evidencian las fechas de publicación de las mismas por lo que la recomendación se encuentra parcialmente cumplida.

El Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, con memorando IESS-DG-2018-2015 de 21 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0274-0008-IESS-AI-2018, señaló:

“... La Comisión de Seguimiento de la Dirección General no califica el Cumplimiento de recomendaciones.- La Comisión de Seguimiento de la Dirección General no realiza verificación in situ, ya que es responsabilidad de las máximas autoridades de las distintas unidades.- ... En base a lo expuesto señalo que el cumplimiento y la continuidad en la implementación de lo que dispone el órgano de control, son de exclusiva y entera responsabilidad de los servidores públicos involucrados en las recomendaciones de los exámenes especiales, a los cuales se les realizó notificación e insistencia oportuna adjuntando siempre en digital del examen especial que fue notificado por la Contraloría directamente a los servidores responsables, por lo que no es procedente que se pretenda afirmar que la Comisión de Seguimiento tenga responsabilidad de supervisar, para constatar in situ que lo detallado en los memorandos de respuesta se esté cumpliendo a cabalidad (...).”

Lo expuesto no modifica lo comentado por Auditoría, por cuanto en calidad de delegado de la máxima autoridad, previo a identificar el estado de la recomendación, debió efectuar el análisis y verificación de la información remitida por los funcionarios y de ser pertinente debió realizar la validación in situ.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018 en respuesta al oficio 0275-0008-IESS-AI-2018, manifestó lo siguiente:

“... El suscrito, en el desempeño del cargo de oficinista, en momento alguno fue facultado para exigir el cumplimiento de las recomendaciones impartidas.- ... el suscrito, en determinado momento fue parte de un grupo de apoyo de la Dirección General, en calidad de oficinista, para que en todo caso, se hagan efectivas las disposiciones del Director General del IESS (...).”

SESENTA Y CUATRO (64)

Lo expuesto por el Oficinista, no modifica el comentario de Auditoría, por cuanto emitió el informe en relación al cumplimiento de las recomendaciones, sin considerar que la documentación de sustento no se encontró acorde a su objeto.

Conclusiones

- La falta de designación por escrito de las funciones a la Auxiliar de Farmacia, de implementación de reportes de ejecución de sus actividades por parte de la Directora del Centro de Salud B - El Empalme, deficiencias que no fueron determinadas por el Oficinista ni supervisadas por el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", originó que la recomendación 2 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentre parcialmente cumplida y no permitió verificar la gestión realizada por los servidores de las áreas de Farmacia y Adquisiciones.
- La Directora del Centro de Salud B- El Empalme, no vigiló que las Auxiliares de Estadística y de Servicios publiquen en el portal de compras públicas la totalidad de las adquisiciones efectuadas bajo la modalidad de ínfima cuantía durante el mes en el que se realizaron, tampoco las citadas servidoras cumplieron con esta diligencia; ni el Oficinista, verificó que efectivamente se encuentren publicadas y emitió el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente; y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentre parcialmente cumplida, que no se continúe con el seguimiento de su aplicación y que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada de 14 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía; así como, no se transparente su información.
- La falta de emisión de instrucciones y de establecimiento de procedimientos por escrito para el control y supervisión de las labores que se realizan en Farmacia por parte de la Directora del Centro de Salud B - El Empalme, los cuales tampoco fueron determinados por el oficinista previo a emitir el informe de aplicación de

SESENTA Y CINCO

recomendaciones para el archivo del expediente; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó este proceso para calificar que se encuentra cumplida, originó que la recomendación 14 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentre incumplida y que a partir del 16 de marzo de 2018, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de la citada recomendación y no permitió que se controle las operaciones realizadas en la farmacia y con información real como es el caso de stocks máximos y mínimos para toma de decisiones.

- La Directora del Centro de Salud B – El Empalme no instruyó con procedimientos de archivo respecto al manejo, custodia y conservación de las recetas despachadas por los servidores de farmacia, deficiencias que el Oficinista no determinó ni el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad no supervisó para determinar que la recomendación se encontraba “Aplicada”, lo que originó que la recomendación 20 del informe DAI-AI-1065-2016, se encuentre parcialmente cumplida y ocasionó que la Unidad Médica no tenga un control efectivo y disponibilidad inmediata de la documentación de sustento de los medicamentos despachados; así como, no mantener información ordenada para futuras acciones de control.

Hecho subsecuente

La Directora del Centro de Salud B – El Empalme con oficio 522581101-285 y 283-D de 17 de julio de 2018, estableció al Responsable de Farmacia procedimientos por escrito, para el control y supervisión de las labores que se realizan en Farmacia, entre los cuales se incluyó los siguientes: llevar kardex semanal por ítem, llevar control diario de recetas despachada, entrega de información de los egresos y ajustes registrados en el mes, entrega de recetas mensuales al área contable, informe mensual de medicamentos próximos a expirar; y, realizar comités farmacológicos cada 4 meses; así como emitió lo procedimientos para el archivo de la documentación de sustento de las operaciones administrativas de farmacia, en la que constaron las siguientes: verificar que el afiliado firme las recetas entregadas, el despacho debe ser en recetas numeradas; y, archivar las recetas de forma mensual y ordenadas.

SESENTA Y SEIS

6. Informe DAI-AI-1077-2016

El informe fue emitido como resultado 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 administración de las medicinas en farmacia, en la Unidad de Atención Ambulatoria de Zaruma posteriormente denominada Centro de Salud B-Zaruma, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015, fue aprobado el 27 de septiembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 30669-DAI de 24 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1842 y 1848-ME de 31 de octubre 2016, comunicó a la Directora General del IESS y al Director Centro de Salud B-Zaruma.

El Centro de Salud B-Zaruma fue homologado como Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, según Resolución C.D.547 de 22 de marzo de 2017, una vez que fue validado el Plan Médico Funcional para la re categorización del citado centro médico, con memorandos IESS-CCPNASSC-2016-0217-M y SDNPS-2016-3442-M de 13 y 19 de diciembre de 2016 suscritos por el Coordinador Institucional de Centros del Primer Nivel y el Subdirector de Provisión de Servicios, en su orden.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorandos IESS-DG-2016-2192 y 2193-M de 21 de noviembre de 2016, solicitó a la Auxiliar Contable y al Director del Centro de Salud B-Zaruma posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, el cumplimiento de las recomendaciones 10 y 11 y de la 1 a la 9, en su orden; y con memorando IESS-DG-2017-1093-M de 13 de junio de 2017 insistió en su implementación.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2100-M de 12 de noviembre de 2016, asignó al Oficinista, la "ORDEN DE TRABAJO #59. EXP A-2016-06", en la que constó lo siguiente:

“...realizará las acciones pertinentes de seguimiento, hasta lograr el cumplimiento del 100% de las recomendaciones.- Los documentos que
SESENTA Y SEETE

ingresan a formar parte del expediente a usted asignado son de su entera responsabilidad, hasta el envío al archivo pasivo (...)”.

El Oficinista con memorando IESS-DG-2018-0039-M de 11 de enero de 2018, remitió al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente A-2016-06, en el que concluyó lo siguiente:

“... De conformidad con la Base Matriz de Seguimiento al 11 de enero de 2018, el resumen de cumplimiento de recomendaciones es el siguiente:

A	Aplicada	11	100%
B	En proceso de aplicación	0	0%
C	Notificada	0	0%
D	No aplicable	0	0%
TOTAL		11	100%

.-Con los antecedentes expuestos y de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Coordinación a su cargo, se considera procedente el archivo del Expediente A-2016-06 (...)”.

Sin embargo, de la información que evidencia la aplicación de las 11 recomendaciones, se determinó que 5 se encuentran cumplidas, 1 no aplicable conforme consta en anexo 4; parcialmente cumplidas 4 e incumplida 1, que se citan a continuación:

***“... Pagos por ínfima cuantía no se sujetaron a disposiciones legales y no se publicaron en el Portal de Compras Públicas .-Al Director del Centro de Salud B-Zaruma .-4. Establecerá procedimientos de supervisión, para evaluar y verificar si las acciones que se ejecutan en los procesos de compras públicas, a través del mecanismo de ínfima cuantía, son apropiadas y si se las realizan en concordancia con el ordenamiento jurídico, lo que también permitirá proponer cambios con la finalidad de obtener mayor eficiencia en las operaciones, y contribuir a la mejora continua de los procesos de la entidad (...)*”.**

Situación actual:

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en comunicación y oficio OFQ-IESS-CMIE-ZA-2017-2101701-678 de 13 de noviembre de 2017, informó al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en relación a la recomendación 4, lo siguiente:

SESENTA Y OCHO

“... Se ha elaborado y aprobado un MANUAL DE CONTROL PREVIO AL PAGO, el cual contempla objetivos, alcance, marco legal y normativa, definiciones, procedimientos dinámicos, documentos habilitantes, disposiciones generales y disposición final, en el cual constan los procedimientos a seguir en los distintos procedimientos de compras públicas (...).”

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma en atención al memorando 0034-0008-IESS-AI-2018 de 31 de mayo de 2018 suscrito por el Jefe de Equipo, proporcionó el “MANUAL DE CONTROL PREVIO AL PAGO” de 24 de mayo de 2017 suscrito junto con el Analista Financiero y la Responsable de Compras Públicas, en el documento referido consta como objetivo determinar la documentación habilitante dentro del proceso de adquisición de bienes, obras, servicios y consultoría previo a la solicitud de pago conforme a la normativa legal vigente interna y externa, procedimiento aplicado a todos los procesos de pago, incluidos los de ínfima cuantía desde el requerimiento hasta la solicitud de pago; sin embargo, no se consideró en esta base legal que en el caso de presentarse adquisiciones, constantes y recurrentes durante el ejercicio fiscal cuyo monto supere el coeficiente del 0,0000002 del PIE, se debió consolidar para constituir una sola contratación.

De 317 procesos de ínfima cuantía realizados durante el período auditado, esto es, el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, se evidenció que el Director y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma dispusieron y autorizaron la compra de dispositivos: médicos para laboratorio clínico y patología, de uso general, odontológicos, instrumental médico quirúrgico, mobiliario, equipos médicos y pasajes aéreos al interior, a 9 proveedores entre una y ocho adquisiciones que sumadas totalizan entre 8 200,00 USD y 14 187,46 USD, valores que superaron el monto permitido para adquisiciones bajo esta modalidad, para los años 2016 y 2017, esto es, 5 967,02 USD, como se detalla a continuación:

RUC Proveedor	Detalle	Fecha de adjudicación	Monto adjudicado
0190360636001	DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLOGÍA	2016-08-01	2 095,00
		2016-11-14	4 347,00
		2016-12-16	4 822,00
Total USD			11 264,00
1791931483001	DISPOSITIVOS MEDICOS DE USO GENERAL	2017-08-17	7 329,66
		2017-10-19	4 886,60
		2017-12-14	1 971,20
Total USD			14 187,46

SESENTA Y NUEVE

RUC Proveedor	Detalle	Fecha de adjudicación	Monto adjudicado
0190360636001	DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLOGÍA	2017-06-09	1 790,00
		2017-07-27	38,00
		2017-09-01	5 169,00
		2017-12-19	365,00
		2017-12-20	5 139,00
Total USD			12 501,00
1792659728001	DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO GENERAL	2017-10-17	3 160,05
		2017-11-01	147,00
		2017-11-17	1 177,00
		2017-12-05	1 331,00
		2017-12-22	5 085,72
Total USD			10 900,77
1792010411001	DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA ODONTOLOGÍA	2017-05-23	2 391,60
		2017-09-04	349,00
	DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO GENERAL	2017-11-08	753,48
		2017-11-08	753,48
	DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA ODONTOLOGÍA	2017-11-20	79,20
		2017-12-04	3 017,32
		2017-12-20	2 139,82
	INTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO	2017-12-20	2 139,82
Total USD			11 623,72
0922386354001	DISPOSITIVOS MÉDICOS DE USO GENERAL	2017-05-25	10 527,35
		2017-06-01	777,30
Total USD			11 304,65
1710442110001	MOBILIARIOS (BIENES DE LARGA DURACIÓN)	2017-03-07	5 400,00
		2017-03-17	2 800,00
Total USD			8 200,00
1714773692001	EQUIPO MÉDICO	2017-04-03	7 650,00
Total USD			7 650,00
1768161550001	PASAJES AL INTERIOR	2017-02-13	1 129,00
		2017-03-10	1 823,36
		2017-07-20	1 239,70
		2017-08-07	571,56
		2017-11-10	1 116,66
		2017-12-16	1 212,34
Total USD			7 092,62

En la matriz de seguimiento que se encuentra adjunta al expediente A-2016-06 de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, constó que la recomendación 4, fue aplicada y en observaciones, lo siguiente:

"... La ..., Directora Técnica del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias - Zaruma, informa que se ha elaborado y aprobado un MANUAL DE CONTROL PREVIO AL PAGO, el cual contempla objetivos alcance, marco legal y normativa, definiciones, procedimientos dinámicos, documentos habilitantes, disposiciones generales y disposición final, en el cual constan los procedimientos a seguir en los distintos procedimientos de compras públicas. (...)"

Lo comentado se presentó por cuanto el Director del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017 y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no establecieron procedimientos de

SESENTA

supervisión para evaluar y verificar que las adquisiciones de bienes y servicios a través del mecanismo de ínfima cuantía, fueron apropiadas y realizadas en concordancia con el ordenamiento jurídico, ni observaron que en el "MANUAL DE CONTROL PREVIO AL PAGO" no se consideró que en el caso de presentarse adquisiciones constantes y recurrentes durante el ejercicio fiscal cuyo monto supere el coeficiente del 0,0000002 del PIE, se debió consolidar en una sola adquisición, por lo que la recomendación 4 del informe DAI-AI-1077-2016, se encuentra parcialmente cumplida, ocasionando que no dispongan de base legal específica que limite las compras que sumadas superaron el monto permitido para los años 2016 y 2017, como fueron las adquisiciones de dispositivos médicos para laboratorio clínico y patología, de uso general, odontológicos, instrumental médico quirúrgico, mobiliario, equipos médicos y pasajes aéreos al interior, a 9 proveedores entre 1 y ocho adquisiciones que sumadas oscilan entre 8 200,00 USD y 14 187,46 USD, valores que superaron el monto permitido para los años 2016 y 2017, esto es, 5 967,02 USD, sin ajustarse a los procedimientos y montos establecidos para procesos de ínfima cuantía.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, asignado con memorando IESS-DG-2016-2100-M de 12 de noviembre de 2016 para efectuar el seguimiento a las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-2016-06, no verificó que en la documentación remitida por parte de la Directora, encargada, del Centro de Salud B- Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, consten procedimientos de supervisión, para evaluar y verificar si las adquisiciones de bienes y servicios a través del mecanismo de ínfima cuantía, fueron apropiadas y si se las realizaron en concordancia con el ordenamiento jurídico; sin embargo, con memorando IESS-DG-2018-0039-M de 11 de enero de 2018, emitió el informe en el que reportó que la recomendación fue aplicada, por lo que recomendó el archivo del expediente A-2016-06; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó ni verificó que en la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 4 del informe DAI-AI-1077-2016 se califique como aplicada y no se continúe con el seguimiento de su implementación; así como, que se autorice compras recurrentes a 9 proveedores, esto es, entre 1 y ocho adquisiciones que sumadas oscilaron entre 8 200,00 USD y 14 187,46 USD, mismas que no se

SESENTA Y UNO 

ajustaron a los procedimientos y montos establecidos para procesos de ínfima cuantía para los años 2016 y 2017, esto es, 5 967,02 USD.

“... Pagos por ínfima cuantía no se sujetaron a disposiciones legales y no se publicaron en el Portal de Compras Públicas.-Al Director del Centro de Salud B-Zaruma .-5. Dispondrá y vigilará que el servidor encargado del portal de Compras Públicas, publique en el referido portal utilizando la herramienta “Publicaciones de Ínfima Cuantía”, las adquisiciones llevadas a cabo en la Unidad Médica, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las contrataciones (...).”

Situación actual:

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, con comunicación y oficio OFQ-IESS-CMIE-ZA-2017-2101701-678 de 13 de noviembre de 2017, informó al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en relación a la recomendación 5, lo siguiente:

“... Se adjunta Resolución de Delegación para publicaciones de ínfima cuantía y captura de pantalla en donde se verifica las publicaciones de ínfima cuantía (...).”

Al respecto, se verificó que en la citada resolución de 2 de septiembre de 2017, delegó a la Oficinista en funciones entre el 6 de abril de 2017 y el 30 de abril de 2018, lo siguiente:

“...la publicación de las adquisiciones realizadas a través del mecanismo de Ínfima Cuantía, mediante la herramienta, publicaciones de ínfima cuantía del portal www.compraspublicas.gob.ec (...).”

Sin embargo, la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no presentó al Jefe de Equipo documentos que evidencien que del 31 de octubre de 2016 al 1 de septiembre de 2017, se designó un servidor para que publique en el Portal de Compras Públicas, utilizando la herramienta “Publicaciones de Ínfima Cuantía”, las adquisiciones llevadas a cabo en la Unidad Médica, durante el transcurso del mes en el cual fueron realizadas.

SESENTA Y DOS

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en atención al memorando 0034-0008-IESS-AI-2018 de 31 de mayo de 2018 suscrito por el Jefe de Equipo, entregó un listado de 317 procesos de adquisición de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía efectuados durante el periodo auditado, esto es, 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, de los cuales se evidenció que 154 constan en el portal de compras públicas y 163 procesos no fueron publicados en el referido portal, por lo que la recomendación 5 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentra parcialmente cumplida, como se demuestra a continuación:

Procesos	Período entre:			
	2016-07-01 al 2016-12-31	2017-01-01 al 2017-12-31	2018-01-01 al 2018-04-30	Total
Efectuados (remitidos a Auditoría)	75	209	33	317
Publicados (Portal de Compras Públicas)	0	131	23	154
No publicados (Portal de Compras Públicas)	75	78	10	163

En la matriz de seguimiento que se encuentra adjunta al expediente A-2016-06 de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, constó que la recomendación 5, fue aplicada y en observaciones, lo siguiente:

“... La ..., Directora Técnica del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias - Zaruma, informa que se adjunta Resolución de Delegación para publicaciones de Ínfima Cuantía y capturas de pantalla en donde se verifica las publicaciones de ínfima cuntía (sic) (...)”.

Lo comentado se presentó debido a que el Director del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017 y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no designaron un servidor para que publique en el portal de compras públicas a través de la herramienta “Publicaciones de Ínfima Cuantía” las adquisiciones efectuadas en la Unidad Médica, durante el período del 31 de octubre de 2016 al 1 de septiembre de 2017, ni vigilaron que la Oficinista en funciones entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 de abril de 2018, publique todas las

SESENTA Y TRES

adquisiciones efectuadas en el Centro de Salud B-Zaruma posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias- Zaruma, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron; además, la Oficinista en funciones entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 de abril de 2018, no publicó las adquisiciones utilizando la herramienta "*Publicaciones de Ínfima Cuantía*", por lo que la recomendación 5 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentra parcialmente cumplida, lo que ocasionó que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada de 163 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía; así como, no se transparente su información.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, de la Comisión de Seguimiento no validó la información presentada por la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, previo a emitir el "*Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-06*" remitido con memorando IESS-DG-2018-0039-M de 11 de enero de 2018 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, toda vez que calificó como aplicada la recomendación 5 del informe DAI-AI-1077-2016 a base de una captura de pantalla del portal de compras públicas, en la que constó el resumen de las facturas registradas durante el último ejercicio fiscal, sin verificar que efectivamente se encuentren publicadas todas las ínfimas cuantías durante el transcurso del mes que se realizaron las adquisiciones; así como, tampoco solicitó las disposiciones para que un servidor realice esta diligencia; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar, que la recomendación 5 se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación, ocasionando que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada y no se transparente los procesos de adquisición de bienes y servicios realizados mediante el proceso de ínfima cuantía.

"... Diferencias en los movimientos de ingresos y egresos de medicinas de Farmacia .-Al Director del Centro de Salud B-Zaruma .-6. Dispondrá y vigilará al Auxiliar de Contabilidad, Administrador y Usuario del sistema informático AS/400, para que reingrese en el sistema informático AS/400 los fármacos cuyas cantidades fueron establecidas con diferencias en más en el inventario al 31 de

SESENTA Y CUATRO

diciembre de 2015, a fin de contar con información real de las existencias para la prescripción médica (...).

Situación actual:

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, con comunicación y oficio OFQ-IESS-CMIE-ZA-2017-2101701-678 de 13 de noviembre de 2017, informó al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en relación a la recomendación 6, lo siguiente:

“... Al ser observaciones generadas en el 2016, y debido al cambio de personal administrativo, no se ha podido encontrar la información de las diferencias encontradas o del inventario al 31/12/2015, con el objeto de regularizar las diferencias (...).”

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, mediante memorando IESS-CSC-MIE-Z-2017-1611-M de 6 de octubre de 2017, es decir, luego de transcurrir 115 días contados desde el 13 de junio de 2017, fecha en la que el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General le puso en conocimiento las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1077-2016, designó al Técnico Informático como Administrador de Bodega del Sistema Informático AS/400, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma; sin embargo, no le dispuso el cumplimiento de la recomendación 6; tampoco al Auxiliar de Contabilidad.

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0033-M de 5 de enero de 2018, respecto a la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016 comunicó al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, lo siguiente:

“...se convocó al Comité de Farmacia Terapéutica para socialización de la Recomendación de auditoría en mención, mediante el cual se levantó una ACTA en el cual se acuerda REALIZAR UN INVENTARIO AL 4 DE ENERO DEL 2018, solicitando en memorando N° IESS-CSC-MIE-Z-2018-0009-M la conformación de comisiones para el levantamiento físico de inventario en farmacia, para establecer saldos actualizados y verificar si existe concordancia de los mismos con los saldos del Sistema AS/400 y Contables... -De lo cual se

SESENTA Y CINCO

obtiene que al 4 de Enero de 2018, existe un sobrante de 49 MEDICAMENTOS con saldos en más, reporte que se anexa; en virtud de lo cual se levanta un acta de aprobación para realizar un AJUSTE DE INGRESO de las cantidades en más constatadas en el inventario realizado, para lo cual en memorando N°IESS-CSC-MIE-Z-2018-0030-M se solicitó al Ing. ... USUARIO ADMINISTRADOR DE BODEGA AS/400 para que proceda con el ajuste respectivo (...).

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en atención al memorando 0034-0008-IESS-AI-2018 de 31 de mayo de 2018 suscrito por el Jefe de Equipo, proporcionó el "INVENTARIO DE FARMACIA SALDOS DEL SISTEMA AS/400 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2015", en el que únicamente se reflejan los saldos de los medicamentos, más no los sobrantes, y constó lo siguiente:

"... SALDOS DEL SISTEMA AS/400 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2015 .-El inventario de fármacos con el que cuenta este Centro de Salud Zaruma, al 31 de diciembre de 2016 (sic) se detalla en el cuadro anterior, indicando los saldos de los medicamentos, per (sic) también se aclara que existen medicamentos que fueron ingresados al momento que se dio (sic) la capacitación al sistema AS/400 y que hasta la actualidad no se los saco (sic) de esta nómina los mismos que están reflejando saldos en más (...).

Por lo expuesto, se determinó que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentra incumplida, toda vez que Director y Directora, encargada del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017; y, 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no efectuaron acciones para obtener el inventario de los fármacos realizado al 31 de diciembre de 2015, que permita efectuar el reingreso de los sobrantes en el sistema AS/400.

En la matriz de seguimiento que se encuentra adjunta al expediente A-2016-06 de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, constó que la recomendación 6, fue aplicada y en observaciones, lo siguiente:

"... La... Directora Técnica del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias - Zaruma, informa que con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0009-M, se realiza un inventario al 4 de enero del 2018; y, de las novedades encontradas, con memorando IESS-CSC-MIES-Z-2018-0030-M, se solicitó al ingeniero ... USUSARIO ADMINISTRADOR DE BODEGA AS/400 para que proceda con el ajuste respectivo (...).

SESENTA Y SEIS 

Situación que se presentó por cuanto el Director del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017 y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no designaron a servidores para que cumplan las obligaciones de Administrador y Usuario del sistema informático AS/400, durante el 1 de julio de 2016 y el 5 de octubre de 2017, tampoco dispusieron que los Auxiliares Contables en funciones entre el 1 de julio de 2016 y 30 de abril de 2017; y, 3 de julio de 2017 y 30 abril de 2018; así como, el técnico informático del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 6 de octubre de 2017 y el 30 de abril de 2018, reingresen en el sistema informático AS/400 los fármacos cuyas cantidades fueron establecidas con diferencias en más en el inventario al 31 de diciembre de 2015, lo que originó que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentre incumplida y ocasionó que no se cuente con información real de los saldos de medicinas en farmacia para la prescripción médica.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no verificó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-06"* remitido con memorando IESS-DG-2018-0039-M de 11 de enero de 2018 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General que la documentación remitida por parte de la Directora, encargada, del Centro de Salud B- Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, evidenció el reingreso de los fármacos en el sistema informático AS/400, cuyas cantidades fueron establecidas con diferencias en más en el inventario al 31 de diciembre de 2015; así como, tampoco verificó que existan las disposiciones al Auxiliar de Contabilidad, Administrador y Usuario del sistema informático AS/400 del cumplimiento de la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista de la Comisión de Seguimiento para determinar que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016, se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que no se continúe con el seguimiento de su implementación y no se

SEVENTA Y SIETE

cuenta con información real de los saldos de medicinas en farmacia para la prescripción médica.

“... Diferencias en los movimientos de ingresos y egresos de medicinas de Farmacia .-Al Director del Centro de Salud B-Zaruma .-7. Dispondrá y vigilará al Auxiliar de Contabilidad, Administrador y Usuario del sistema informático AS/400, coordine acciones con la servidora encargada de la Farmacia, con el propósito de que los saldos de los ítems registrados en el sistema AS/400, concuerde con los del Kardex manual de Farmacia, y reflejen la existencia física de los fármacos (...).”

Situación actual:

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en comunicación y oficio OFQ-IESS-CMIE-ZA-2017-2101701-678 de 13 de noviembre de 2017, en relación a la recomendación 7, remitió al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, el kárdex manual y registros del Sistema AS400 con corte a mayo de 2017, de 8 medicamentos, en los cuales concordaron los saldos, sin evidenciar que suceda lo mismo con el stock físico.

El 4 de enero de 2018, la Comisión conformada por el Responsable de Talento Humano a través del memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0011-M de 3 de enero de 2018, en atención a la disposición de la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, realizó el levantamiento del inventario de medicamentos e insumos, diligencia en la que se determinaron sobrantes en 49 fármacos, en relación a los saldos del sistema AS/400, kárdex manual y stock físico, por lo que con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0030-M de 5 de enero de 2018 la citada Directora solicitó al Técnico Informático realizar el reingreso de estas medicinas al sistema AS/400, registros que también fueron ingresados en los kárdex manuales al 16 de enero de 2018; información que sirvió de base para que el Oficinista y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General identifiquen a la recomendación 7 del informe DAI-AI-1077-2016 como “Aplicada”.

De la revisión a una muestra de 45 fármacos, a pesar de haberse realizado los mencionados ajustes, al comparar los saldos de estas tres fuentes de información, es decir, los saldos del sistema AS/400, kárdex manual y stock físico, se verificó que no concuerdan, toda vez que presentaron diferencias en más en el kardex manual.

SESENTA Y OCHO

Lo expuesto se presentó debido a que el Director del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017 y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no designaron ni dispusieron al Auxiliar de Contabilidad y Administrador y Usuarios del sistema AS/400 que coordinen acciones con la servidora encargada de Farmacia a fin de que los saldos de las medicinas registradas en el sistema AS/400, concuerden con los del kárdex manual de Farmacia, por lo que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1077-2016, se encuentra parcialmente cumplida y ocasionó que se presenten diferencias en más y no se cuente con saldos reales.

“... Falta de disposiciones para realizar constataciones físicas y de registros auxiliares contable individualizado por cada fármaco .-Al Director del Centro de Salud B-Zaruma .-9. Dispondrá a la servidora del área Contable, coordinar las constataciones físicas de las existencias de medicinas en Farmacia, a fin de que se realicen las veces necesarias y de manera obligatoria en el último trimestre del año. El personal que participa en este proceso, será independiente de aquel que tiene a su cargo el registro y manejo de la Farmacia. De la diligencia, se elaborará un acta que deberá ser suscrita por el custodio y por el personal interviniente; y las diferencias que se obtengan durante el proceso de constatación física y conciliaciones con la información contable, serán investigadas y luego se registrarán los ajustes, previa autorización del servidor responsable de la Farmacia (...).”

Situación actual:

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma en atención al memorando 0034-0008-IESS-AI-2018 de 31 de mayo de 2018 suscrito por el Jefe de Equipo, proporcionó el levantamiento del inventario al 31 de diciembre de 2016, en el que se señaló que no existió novedad alguna; así también, entregó el acta y el informe de inventario de medicamentos de farmacia institucional con corte al 11 de septiembre de 2017, mismos que no se encuentran valorados, constando lo siguiente:

“... ACTA DE INVENTARIO... -...por disposición de la ... Directora Técnica Encargada del Centro de Salud C Materno Infantil y Emergencias Zaruma, se reúnen los servidores ... Responsable de Talento Humano, ... Responsable de Compras, ... Administrador de Usuario de Bodega AS/400, ... Analista Financiero conjuntamente e Ing., para proceder a realizar el CONTEO

SESENTA Y NUEVE

*FÍSICO DE LOS FÁRMACOS..., verificándolos con el KARDEX MANUAL y el saldo del Sistema AS/400, en presencia del ... Bioquímico Farmacéutico y Auxiliar... **-INFORME DE INVENTARIO...** -CONCILIACIÓN DE SALDOS DE MEDICAMENTOS DE BODEGA DE FARMACIA CON SALDOS DE BODEGA DEL SISTEMA AS/400 De los 116 medicamentos se evidencia que solo 21 MEDICAMENTOS guardan saldos CONCILIADOS CON EL SISTEMA AS/400... -No obstante de los 95 MEDICAMENTOS RESTANTES, 36 **FÁRMACOS** presentan considerables diferencias en los saldos físicos de UNIDADES EN MENOS y **59 MEDICAMENTOS UNIDADES EN MÁS** que no coinciden con el saldo reflejado el (sic) sistema AS/400... -En conclusión de (sic) debe solicitar la reintegración de las UNIDADES DE MEDICAMENTO FALTANTES conforme el anexo adjunto, y así mismo los ajustes de INGRESO DE LAS UNIDADES SOBRANTES para CONCILIAR los saldos de medicamentos existentes (...)"*

La Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0009-M de 3 de enero de 2018, informó al Responsable de Talento Humano que se ha programado realizar un inventario de control, con la finalidad de cumplir con las recomendaciones de Auditoría, mediante el cual se procederá a determinar los saldos y diferencias de las existencias reales de medicamentos e insumos. Diligencia que se llevó a cabo el 4 de enero de 2018, de la que se suscribió la "MATRIZ DE SALDOS SOBRANTES DE MEDICAMENTOS EN INVENTARIOS", que no fue valorada y con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0030-M de 5 de enero de 2018, la citada Directora dispuso al Técnico Informático el reingreso de fármacos al sistema informático AS/400 de las cantidades que fueron establecidas con diferencias en más, mismas que se registraron el 16 de enero de 2018.

Lo expuesto evidenció que la información proporcionada por la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, para el cumplimiento de la recomendación 9 del informe DAI-AI-1077-2016, no demostró que los resultados obtenidos en las constataciones físicas fueron valorados y conciliados con los saldos contables, tampoco existieron informes de las razones de las diferencias presentadas, previo a la autorización del registro de los ajustes, por lo que esta recomendación se encuentra parcialmente cumplida.

En la matriz de seguimiento que se encuentra adjunta al expediente A-2016-06 de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, constó que la recomendación 9, fue aplicada y en observaciones, lo siguiente:

OCHENTA 

“... La doctora ..., Directora Técnica del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias - Zaruma, informa que se adjunta a fojas 236 a 282 copia de la constatación física realizada con corte al 11/09/2017, de acuerdo a lo dispuesto en la recomendación precedente (...).”

Lo comentado se presentó debido a que el Director del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 21 de marzo de 2017 y la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, no dispusieron a los Analistas Financieros que coordinen, ni instruyeron a la Comisión, respecto al proceso para efectuar las constataciones físicas de existencias de medicinas en Farmacia, por lo que la recomendación 9 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentra parcialmente cumplida, lo que ocasionó que una vez concluidas estas diligencias y emitidos los informes, no se valoren los resultados, lo que no permitió efectuar la conciliación de saldos físicos con los contables y con las diferencias presentadas los ajustes respectivos, tales como, en el caso de sobrantes efectuar los reingresos al sistema AS/400 y en los faltantes la devolución o registro del cargo a nombre del custodio, a fin de reflejar saldos reales.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no verificó previo a emitir el *“Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-06”* remitido con memorando IESS-DG-2018-0039-M de 11 de enero de 2018 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General que la Directora, encargada, del Centro de Salud B- Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, únicamente entregó las actas de constatación física sin evidenciar que se realizaron las conciliaciones de saldos entre los resultados obtenidos en estas diligencias y la información contable; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista de la Comisión de Seguimiento para determinar que la recomendación 9 del informe DAI-AI-1077-2016 se encontraba “Aplicada”, estuvo acorde al objeto de la recomendación, en razón de que los resultados de las constataciones físicas y los informes no fueron valorados, lo que no permitió efectuar la conciliación de saldos físicos con los contables y los ajustes

OCHENTA Y UNO

respectivos, tales como, en el caso de sobrantes efectuar los reingresos al sistema AS/400 y en los faltantes la devolución o registro del cargo a nombre del custodio, a fin de reflejar saldos reales.

Los citados servidores inobservando lo dispuesto en el artículo 92.- Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas; y, el Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y las funciones dispuestas en el memorando IESS-DG-2016-2100-M de 12 de noviembre de 2016; y, en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 00010 -FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales, con oficios 0209, 0210, 0216, 0221 y 0222-0008-IESS-AI-2018 de 11, 13 y 16 de agosto de 2018, a la Oficinista; a los Directores del Centro de Salud B-Zaruma; al Oficinista; y, al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, sin recibir respuesta, recibándose las siguientes respuestas:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, mediante memorando IESS-DG-2018-1844-M de 29 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0222-0008-IESS-AI-2018, informó en términos similares a lo indicado por la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C-

OCIENTA Y DOS / *Feb*

Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, acerca de la elaboración del Manual de Control Previo al Pago de 24 de mayo de 2017, la Resolución IESS-CSC-MIE-Z-2017-006 de 2 de septiembre de 2017, la disposición para la conformación del inventario de medicamento e insumos mediante memorando IESS-CSC-MIE-Z.2018-0011-M de 3 de enero de 2018; así como, también la disposición del reingreso de medicamento en el Sistema AS/400 de las diferencias obtenidas en el inventario del 4 de enero de 2018 con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-0030-M de 5 de enero de 2018 y las fojas 236 a 282 que se informaron mediante OFQ-IESS-CMIE-ZA-2017-2101701-678, documentos entregados como evidencia a la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en razón del cumplimiento de las recomendaciones 4, 5, 6 y 9; sin embargo, lo expuesto no modifica el comentario de Auditoría, por cuanto la información enviada ya fue objeto de análisis en la presente acción de control.

La Oficinista, en funciones entre el 1 de septiembre de 2017 y el 30 de abril de 2018, con comunicación de 29 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0216-0008-IESS-AI-2018, manifestó lo siguiente:

“... mi persona desempeñó las funciones de Responsable de Activos Fijos desde el mes de Julio de 2017...con estos antecedentes solo quiero dejar constancia que mis funciones de activos fijos las vine desempeñando mucho antes de que sea notificada...donde me designan mis funciones a realizar desde el 01 de septiembre de 2017...Motivo por el cual con estas dos designaciones son de mucha responsabilidad y tiempo, y por encontrarme desempeñando hasta la presente fecha sin una Persona como APOYO a la función de Responsable de Compras Públicas, donde existen ocasiones en las cuales el tiempo no me permite realizar todas las publicaciones de las ínfimas cuantías (....)”.

Lo expuesto por la Oficinista, no modifica lo comentado auditoría por cuanto no evidenció la publicación 163 procesos de ínfima cuantía, lo que ocasionó que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada y no se transparente las adquisiciones de bienes y servicios realizadas mediante esta modalidad.

En comunicación sin fecha, recibida el 29 de agosto de 2018, la Directora, encargada, del Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, en funciones entre el 22 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018 en atención al oficio 0210-0008-IESS-AI-2018 de 11 de agosto de 2018, manifestando lo siguiente:

OCIENTA Y TRES 

"...recomendación número 4 ..., debo manifestar dispuse las siguientes acciones en el csc-mie-z.: **Dispuse presentación de informe de control mensual por parte de la comisión de seguimiento de compras públicas... mediante memorando n°iess-csc-mie-z-2018-2840-m.- ...Dispuse presentar de manera inmediata los justificativos de adquisiciones constante y recurrentes.- ...2. ...recomendación 5....** Se solicitó mediante memorando n°iess-cscmie-z-2017-2820 del 29 de agosto de 2018...se dispuso a los asistentes administrativos, analista financiero, y oficinista encargada de compras públicas, un informe consolidado de publicación de ínfimas cuantías, de los procesos pendientes ...mediante memorando **n°iess-csc-mie-z-2018-2747 de 27 de agosto de 2018-m... recomendación n°6.-:...** debo manifestar que no se me entregó, ni existe ninguna evidencia de que la dirección anterior, ni los funcionarios encomendados para continuar con el proceso de regularización y seguimiento de las recomendaciones realizadas por la comisión de control.- ... al Sr. Bioquímico..., responsable de farmacia y usuario de bodega de farmacia en el sistema as400, además al no contar con la documentación de respaldo, sobre esta designación, me permito, remitir informe del administrador del sistema as-400,... en el cual mediante captura de pantalla, se identifica la fecha de asignación del usuario al bioq..., a partir del 06 de diciembre de 2016...se realizó un inventario de 11 de septiembre de 2017...Mediante correo, se informa al responsable de farmacia acerca de las diferencias encontradas en tal, el jueves 19 de octubre por la encargada de la comisión ing..., para iniciarse los ajustes : "dispondrá al usuario de bodega del sistema informático as/400, para que reingrese los fármacos cuyas cantidades fueron establecidas encontradas en más". Acerca de esta disposición no cuenta con la documentación de respaldo por cuanto, fueron emitidas con varios insistidos, en forma verbal (...).".

Lo manifestado por la Directora, encargada, del Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no modifica lo comentado por Auditoría por cuanto no se evidenció que se establecieron procedimientos de supervisión para evaluar y verificar si las adquisiciones de bienes y servicios a través del mecanismo de ínfima cuantía; ni que se publicaron las 163 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía; tampoco que se reingresaron en el sistema informático AS/400 los fármacos cuyas cantidades fueron establecidas con diferencias en más en el inventario al 31 de diciembre de 2015.

Conclusiones

- La falta de establecimiento de procedimientos de supervisión para evaluar y verificar si las adquisiciones de bienes y servicios a través del mecanismo de ínfima cuantía, fueron apropiadas y realizadas en concordancia con el ordenamiento jurídico y de observación al contenido del *Manual de Control Previo al Pago* respecto a que se debió consolidar en una sola adquisición en el caso de presentarse adquisiciones constantes y recurrentes durante el ejercicio fiscal, por

OCHENTA Y CUATRO

parte de los Directores del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma; el oficinista no determinó dichas deficiencias y emitió el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 4 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentre parcialmente cumplida y ocasionó que no dispongan de base legal específica que limite las compras que sumadas superaron el monto permitido para los años 2016 y 2017, como fueron las adquisiciones de dispositivos médicos para laboratorio clínico y patología, de uso general, odontológicos, instrumental médico quirúrgico, mobiliario, equipos médicos y pasajes aéreos al interior, a 9 proveedores entre 1 y ocho adquisiciones que sumadas oscilan entre 8 200,00 USD y 14 187,46 USD, valores que superaron el monto permitido para los años 2016 y 2017, esto es, 5 967,02 USD, sin ajustarse a los procedimientos y montos establecidos para procesos de ínfima cuantía.

- Los Directores del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no designaron a un servidor para que publique en el portal de compras públicas, ni vigilaron que la Oficinista que realizaba dichas funciones publique todas las adquisiciones efectuadas; el Oficinista no validó la información presentada y emitió el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la misma, lo que originó que la recomendación 5 del informe DAI-AI-1077-2016 se encuentre parcialmente cumplida y originó que no se continúe con el seguimiento de su aplicación, ocasionando que en el portal de compras públicas no se cuente con información actualizada de 163 adquisiciones de bienes y servicios bajo la modalidad de ínfima cuantía y no se transparente su información.

- Los Directores del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no designaron a servidores

OCHENTA Y CINCO

para que cumplan con las obligaciones de Administrador y Usuario del sistema informático AS/400, tampoco dispusieron a los Auxiliares Contables y al Técnico Informático reingresen en el referido sistema los fármacos cuyas cantidades fueron establecidas con diferencias en más, en el inventario al 31 de diciembre de 2015, tampoco el Oficinista, estableció estas novedades previo a emitir el informe aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", lo que originó que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1077-2016, se encuentre incumplida y ocasionó que no se continúe con el seguimiento de su implementación y no se cuente con información real de los saldos de medicinas en farmacia para la prescripción médica.

- Los Directores del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no designaron ni dispusieron al Auxiliar de Contabilidad y Administrador y Usuarios del sistema AS/400 que coordinen acciones con la servidora encargada de Farmacia a fin de que los saldos de las medicinas registradas en el sistema AS/400, concuerden con los del kárdex manual de Farmacia, en tal razón, la recomendación 7 del informe DAI-AI-1077-2016, se encuentra parcialmente cumplida; lo que ocasionó que se presenten diferencias en más y no se cuente con saldos reales.
- Los Directores del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, no dispusieron a los Analistas Financieros que coordinen, ni instruyeron a la Comisión, respecto al proceso para efectuar las constataciones físicas de existencias de medicinas en Farmacia; tampoco el Oficinista, estableció estas novedades previo a emitir el informe aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", lo que originó que la recomendación 9 del informe DAI-AI-1077-2016, se encuentre parcialmente cumplida y no permitió efectuar la conciliación de saldos físicos con los contables y con las diferencias presentadas los ajustes respectivos, tales como, en el caso de sobrantes efectuar los reingresos al sistema AS/400 y en los

DOCUMENTO Y SECCION

faltantes la devolución o registro del cargo a nombre del custodio, a fin de reflejar saldos reales.

Hecho subsecuente

La Auxiliar de Contabilidad con memorando IESS-CSC-MIE-Z-2018-3128-M de 14 de septiembre de 2018 presentó a la Directora, encargada, del Centro de Salud B-Zaruma, posteriormente denominado Centro de Salud C- Materno Infantil y Emergencias-Zaruma, el "Informe de Cumplimiento de la recomendación N°7 de Auditoría", así también adjuntó la Acta Entrega – Recepción de los medicamentos determinados como faltantes de 12 de septiembre de 2018, suscrita por el Analista Financiero y cinco servidores que conformaron la Comisión de Inventario, en el citado memorando indicó:

"... con fecha: 01 de Septiembre la comisión escogida procede a realizar el levantamiento de Inventario de Farmacia de nuestra Unidad, lo que permitió establecer los saldos reales.- ... la comisión elegida procede a realizar una nueva constatación de los ajustes realizados sobre los medicamentos sobrantes y la reposición de los fármacos faltantes , producto de lo cual se proceden a elaborar y firmar el Acta correspondiente el 13 de Septiembre de 2018.- ... Teniendo como resultado final un CUADRE DE LAS (sic) KARDEX MANUALES DE FARMACIA, CON EL SISTEMA AS/400 Y LAS EXISTENCIAS EN FÍSICO (...)"

7. Informe DAI-AI-1096-2016

El Informe fue emitido como producto del examen especial a los procesos precontractual, contractual, ejecución y liquidación de las adquisiciones de bienes y servicios; y, a la gestión de bienes de larga duración, en el IESS Seguro de Salud Centro AA Jipijapa", por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2015, fue aprobado el 18 de octubre de 2016, por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 30717-DAI de 24 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016-1857 y 1858-ME de 31 de octubre de 2016, comunicó a la Directora General del IESS y a la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa.

El Centro de Atención Ambulatoria Jipijapa del IESS fue homologado como Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa conforme a la Homologación de los Establecimientos de Salud del IESS acorde a la Tipología

OCHENTA Y SIETE 

emitida por el Ministerio de Salud Pública, establecida por el Director General del IESS, según Resolución IESS-RNDG-002-2015 de 26 de noviembre de 2015.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorandos IESS-DG-2016-2217, 2219 y 2220-M de 23 de noviembre de 2016, solicitó a la Directora Administrativa cumplir las recomendaciones 2, 8, 10, 11, 12 y 13; y, que disponga el cumplimiento de la recomendación 1 al Responsable de Activos Fijos, la recomendación 6 al Guardalmacén o Responsable de la Bodega del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en su orden; no obstante, de esta diligencia no se encontró evidencia de su consecución.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2103-M de 12 de noviembre de 2016, asignó al Oficinista la "ORDEN DE TRABAJO #62. EXP A-2016-25", en la que constó lo siguiente:

"...realizará las acciones pertinentes de seguimiento, hasta lograr el cumplimiento del 100% de las recomendaciones.-Los documentos que ingresan a formar parte del expediente a usted asignado son de su entera responsabilidad, hasta el envío al archivo pasivo (...)"

El Oficinista con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017, remitió Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente A-2016-25, el que concluyó lo siguiente:

"... De conformidad con la Base Matriz de Seguimiento al 18 de mayo de 2017, el resumen de cumplimiento de recomendaciones en el siguiente:

.-

A	Aplicada	15	100%
B	En proceso de aplicación	0	0%
C	Notificada	0	0%
D	No aplicable	0	0%
	TOTAL	15	100%

.-Con los antecedentes expuestos y de acuerdo con las instrucciones impartidas por la Coordinación a su cargo, se considera procedente el archivo del Expediente A-2016-25 (...)"

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018, envió al Jefe de Equipo la matriz de seguimiento, en la cual constó que de las 15 recomendaciones

OCHENTA Y OCHO

emitidas en el informe DAI-AI-1096-2016 el 100%, se encuentran en estado "A" correspondiente a "Aplicada"; sin embargo, se determinó que 6 se encuentran cumplidas, 1 no aplicable, 5 parcialmente cumplidas y 3 incumplidas, que se citan a continuación:

“... Cumplimiento de recomendaciones .-A la Responsable de Activos Fijos del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-1. A fin de dar cumplimiento a la recomendación 5 emitida por la Contraloría General del Estado en el examen especial a las actividades relativas a la gestión Financiera y Administrativa en el Centro de Atención Ambulatoria 215-Jipijapa del IESS, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de octubre de 2011; y hasta tanto se implemente a nivel nacional el respectivo programa informático, procederá a efectuar manualmente la codificación de todos los bienes que se encuentran en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS, colocando el código en una parte visible del bien, que permita su fácil identificación y control; posteriormente, procederá a la actualización de sus registros, conforme los códigos asignados. **.-A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-2.** Dispondrá y supervisará que la Responsable de Activos Fijos, dé cumplimiento a la recomendación 2 emitida por la Contraloría General del Estado en el examen especial a las actividades relativas a la gestión Financiera y Administrativa en el Centro de Atención Ambulatoria 215-Jipijapa del IESS, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de octubre de 2011, y proceda a la codificación de los bienes existentes en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS y a la actualización del inventario general de bienes de larga duración, conforme dicha codificación (...).”

Situación actual:

La Analista Administrativa, con oficio IESS-CCQJ-AD-2016-014 de 28 de noviembre de 2016, comunicó a la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, lo siguiente:

“...informo que la codificación manual de bienes de éste (sic) hospital, se cumple a cabalidad ya que como lo indique ..., se culminó el proceso manual de codificación, hasta que se pronuncien las áreas pertinentes de la Institución, respecto a la codificación a través de un sistema informático. .-Indico que se ha organizado secuencialmente los inventarios con la equidad de la codificación, la cual reposa en un strikers (sic) en un lugar visible del bien en todas las áreas con cada uno de los servidores custodios (...).”

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor

Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que las recomendaciones 1 y 2 se encuentran en estado "A", aplicada, calificadas de acuerdo a la información adjunta a las respuestas enviadas por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa con memorandos IESS-HD-JI-DA-2016-1820 y 0296-M de 24 de noviembre de 2016 y 22 de febrero de 2017, en su orden, y en el campo de observaciones, constó lo siguiente:

"...1 La ..., Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa, informa que con memorandos IESS-DH-JI-AF-2016-0027-M e IESS-DH-JI-AF-2016-0021-M, de fechas 24-11-2016 y 28-07-2016 respectivamente, se cumple con la codificación manual solicitada por el Organismo de Control.- 2 La ..., Directora Administrativa hospital del Día Jipijapa, informa que con oficio IESS-CCQJ-AD-2016-014, de fecha 28 de noviembre de 2016, la ..., Analista Administrativa del C.C.Q.J. informa que se da cumplimiento a la recomendación en mención (...)."

El Oficinista de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017, entregó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25"*, en el que señaló que la 1 y 2 se encuentran cumplidas, pese a no contar con documentos que evidencien la actualización de los inventarios de bienes de larga duración por parte de la Responsable de Activos Fijos de acuerdo a la codificación manual realizada.

Lo comentado se presentó debido a que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018; no dispuso el cumplimiento de las recomendaciones 1 y 2 del informe DAI-AI-1096-2016 a la Analista Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 16 de enero de 2017 y al Oficinista-Responsable de Activos Fijos en funciones entre el 16 de enero de 2017 y el 30 de abril de 2018; así como, pese a que la primera servidora citada, realizó una codificación manual de los bienes hasta noviembre de 2016, no vigiló ni supervisó que actualice el inventario general de bienes de larga duración, conforme los códigos asignados. La Analista Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 16 de enero de 2017, no actualizó el inventario de acuerdo a la codificación realizada; por lo que las recomendaciones 1 y 2 del informe DAI-AI-1096-2016 se encuentran parcialmente cumplidas, lo que no permitió contar con un inventario actualizado; y, a

NOVENTA 

partir de diciembre de 2016 con bienes codificados a fin de mantener un adecuado control e identificación de los mismos.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25"* remitido con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 1 y 2, mismas que las calificó como aplicadas, sin contar con la actualización del inventario general de bienes de larga duración, conforme los códigos asignados; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que las recomendaciones se encontraban "Aplicadas", estuvo acorde a su objeto; lo que originó que a partir del 18 de mayo de 2017, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de las citadas recomendaciones y que la Directora del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, Subrogante en funciones entre el 1 de febrero y el 27 de abril de 2018, no conozca estas recomendación para su implementación; así como, no permitió contar con un inventario actualizado; y, además a partir de diciembre de 2016 con bienes codificados a fin de mantener un adecuado control e identificación de los mismos.

"... Procesos de ínfima cuantía, sin respaldo de documentos y actas de entrega recepción no contienen referencias de los bienes y servicios .-Al Guardalmacén o Responsable de la Bodega del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-6. Previo a su suscripción, verificará que el acta de entrega recepción de servicios y bienes que contrate el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio de Jipijapa, contenga toda la información relacionada con la materia de la contratación, como: antecedentes de la compra, datos completos con las características del bien adquirido, número y fecha de la orden de compra u orden de trabajo, garantía técnica, liquidación de plazo y otros; la que será legalizada por los servidores requirientes, personal técnico, proveedor (...)"

Situación actual:

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2016-2220-M de 23 de noviembre de 2016, solicitó a la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital

NOVENTA Y UNO 

del Día de Jipijapa, disponer al Responsable de Activos Fijos el cumplimiento de la recomendación 6; del cual no se tuvo evidencia que realizó esta disposición; sin embargo, la Guardalmacén conoció la recomendación 6 del informe DAI-AI-1096-2016, conforme se demuestra en el memorando IESS-HD-JI-G-2016-0155-M de 19 de diciembre de 2016, remitido a la citada Directora, que en su parte pertinente señaló:

“...Cumpliendo con lo solicitado... informo a usted que en cumplimiento al (sic) los numerales ... y 6 referente al examen A2016-25, en el departamento de guardalmacén se han (sic) procedió a aplicar las disposiciones emitidas con relación a la recepción de los bienes muebles que ingresan a esta Unidad (...).”

Además, adjuntó copias del expediente de adquisición de una “balanza para adulto con tallímetro”, documentos que fueron remitidos por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, con memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0002-M de 3 de enero de 2017 al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General en cumplimiento de esta recomendación; se verificó que el acta de entrega-recepción adjunta en el mencionado expediente fue suscrita el 21 de noviembre de 2016, por la Guardalmacén, Administrador de Contrato, Responsable de Área requirente y el Proveedor; sin embargo, no contiene los antecedentes, liquidación de plazos y económica; y, datos de la garantía técnica.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018, remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 6 se encuentra en estado “A”, aplicada, calificada de acuerdo a la información adjunta a la respuesta remitida por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa mediante memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0002-M de 3 de enero de 2017; y, en el campo de las observaciones, constó lo siguiente:

“... La ..., Directora Administrativa hospital del Día Jipijapa, informa que en el deparatamento (sic) de guardalmacen (sic) se han procedido a aplicar las disposiciones emitidas con relación a la recepción de los bienes muebles que ingresan a esa Unidad, para lo cual certifica tomando como ejemplo los docuementos (sic) de un proceso realizado. .-Acta entrega Recepción, de la compra de una BALANZA PARA ADULTO con tallimetro (sic) .-Factura N° 001-000 .-Orden de Compra suscrita por la ... (Directora Administrativa) .- Certificación Presupuestaria .- Certificación de no existencia en bodega de

NOVENTA Y DOS *h*

balanza con tallimetro (sic) .-Creación de necesidad del departamento de Pediatría (sic) (...)”.

En el acta entrega recepción presentada no constó: antecedentes de la compra, datos de la garantía técnica y liquidación de plazo.

El Guardalmacén mediante memorando IESS-HD-JI-G-2018-0108-M de 15 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo 10 actas de entrega recepción de procesos de contratación de ínfima cuantía, mismas que no contaron con información relacionada a los datos de la garantía técnica y liquidación de plazos, como se demuestra:

No.	Factura	Fecha Acta	Detalle	Responsable de recepción
1	377	2017-04-24	Compra de un dispensador de agua	Corresponsable Guardalmacén
2	2498	2017-03-14	Compra de aire acondicionado para el área de farmacia y cuarto de red informática	Guardalmacén
3	9101	2017-04-18	Compra de medicamento para farmacia	Corresponsable Guardalmacén
4	401	2017-12-21	Compra de repuesto de bomba de irrigación para torre de endoscopia	Guardalmacén
5	3275	2017-02-06	Compra de medicamentos	Guardalmacén
6	127408	2017-03-14	Compra de materiales de laboratorio	Guardalmacén
7	26	2017-09-15	Compra de medicamentos	Guardalmacén
8	153366	2017-12-04	Compra de alfombras con logotipo	Corresponsable Guardalmacén
9	129	2017-07-06	Compra de medicamentos	Guardalmacén
10	1420	2017-06-13	Compra de material publicitario	Guardalmacén

Lo comentado se presentó debido a que la Guardalmacén del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no verificó previo a la suscripción de las actas de entrega recepción de los bienes adquiridos por el proceso de ínfimas cuantías que contengan información referente a las garantías técnicas, y liquidación de plazos, por lo que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1096-2016 se encuentra parcialmente cumplida; lo que ocasionó que en 10 actas de entrega-recepción analizadas, no se refleje que se cumpla el tiempo otorgado para la entrega de los bienes; así como, datos relacionados con la garantía técnica en relación a la vigencia y su cobertura.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *“Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25”* remitido con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de

NOVENTA Y TRES

mayo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 6 del informe DAI-AI-1096-2016, toda vez que la calificó como aplicada con la fotocopia de la acta entrega recepción de la compra por ínfima cuantía de una “*balanza para adulto con tallmetro*”, sin evidenciar que cuente con: antecedentes de la compra, datos de la garantía técnica y liquidación de plazo; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Analista de la Comisión de Seguimiento para determinar que la recomendación se encontraba “Aplicada”, estuvo de acuerdo al objeto de la recomendación; originando que no se dé continuidad a la verificación de su cumplimiento y que en 10 actas de entrega-recepción analizadas, no se refleje que se cumpla el tiempo otorgado para la entrega de los bienes; así como, datos relacionados con la garantía técnica en relación a la vigencia y su cobertura.

“... Documentos que sustentan los procesos de adquisición de bienes y servicios, no están foliados ni empastados ni ordenados .-A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-8. Conjuntamente con el Responsable del área Financiera, implementarán políticas y procedimientos de archivo para la conservación y mantenimiento del archivo físico y digital de los expedientes de los procesos de contratación de bienes y servicios, que se mantendrán foliados, empastados, en orden cronológico y secuencial que aseguren la conservación integral de la documentación contable y que facilite su localización (...).”

Situación actual:

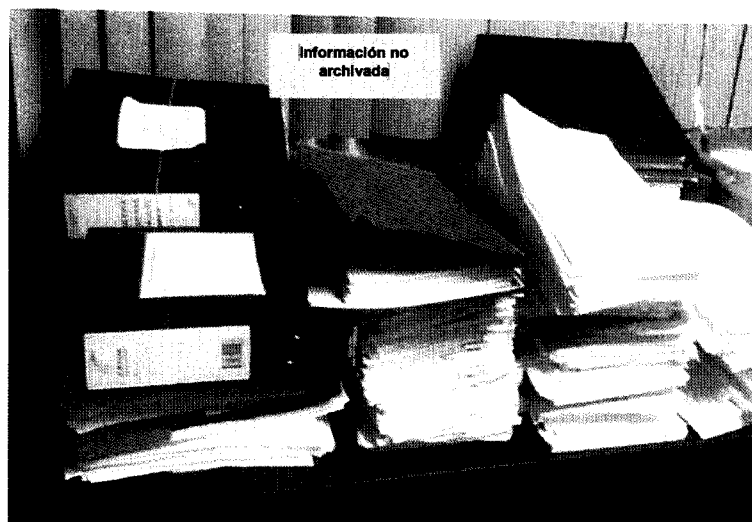
La Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa con memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0296 de 22 de febrero de 2017, informó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, que la recomendación 8 se encuentra cumplida; y, adjuntó el oficio IESS-CCQJ-UF-001-2017 de 9 de febrero de 2017, en el cual el Analista Financiero – Responsable del Área Financiera comunicó que los procesos de pago se mantienen organizados en las perchas y mobiliario con la rotulación correspondiente, foliados con firmas de responsabilidad y en orden cronológico.

En la visita a esta casa de salud, efectuada del 4 al 6 de junio de 2018 por el Jefe de Equipo y el Analista Financiero – Jefe de la Unidad Financiera, se verificó que la

NOVENTA Y CUATRO 

información se encuentra organizada, foliada y archivada secuencial y cronológicamente en carpetas bene, ubicadas en mobiliario y estanterías hasta diciembre de 2017; sin embargo, de enero a abril de 2018 consta apilada y sin identificación, en un escritorio del área financiera, por lo que la recomendación se encuentra parcialmente cumplida.

El Analista Financiero – Jefe de la Unidad Financiera, con memorando IESS-CCQJ-UF-2018-0162 de 15 de junio de 2018 informó al Jefe de Equipo que en marzo de 2018 se contrató a una persona para que realice el archivo y foliado de documentos generados durante el año 2018 que no han sido ordenados cronológica y secuencialmente; así como, la actualización del archivo digital, como se demuestra a continuación:



Lo comentado se presentó debido a que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018 y la Directora Administrativa, subrogante del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de febrero y el 27 de abril de 2018, no coordinaron acciones con el Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera, para que se mantenga los expedientes de los procesos de contratación de bienes y servicios generados en el año 2018 debidamente archivados, ordenados y foliados, en orden cronológico y secuencial; así también, el Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no mantuvo un archivo

NOVENIA Y CINCO

de los expedientes de procesos de contratación de bienes y servicios del año 2018 debidamente organizado en orden cronológico y secuencial, por lo cual la recomendación 8 del informe DAI-AI-1096-2016 se encuentra parcialmente cumplida, lo que ocasionó que no se asegure la conservación integral de la información financiera y su fácil localización.

“... Disposiciones verbales para el desempeño de funciones de carácter incompatibles .-A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-10 Dispondrá mediante oficio circular a los servidores de ese Centro Médico, que las comunicaciones e informes que emitan en cumplimiento de sus actividades, deben ser suscritas con la función que desempeñan y no solo con el cargo que ostentan (...).”

Situación actual:

La Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, mediante memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0296-M de 22 de febrero de 2017, respecto a la recomendación 10, informó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, que la misma se encuentra cumplida.

La Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, mediante oficio IESS-CCQJ-DA-2018-0020 de 12 de febrero de 2018, dispuso al personal del Área Médica y de la Administrativa que en las comunicaciones de sus actividades, sean suscritas con las funciones que desempeñan y no solo con el cargo que ostentan; sin embargo adjuntó listado de la recepción del referido memorando donde constaban 52 servidores de los cuales únicamente 22 lo suscribieron.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018, remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 10, se encuentra en estado “A”, aplicada, calificada de acuerdo a la información adjunta a la respuesta remitida por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa mediante memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0296 de 22 de febrero de 2017; y, en el campo de las observaciones, constó lo siguiente:

NOVENA Y SEIS

“... La ..., Directora Administrativa hospital del Día Jipijapa, informa que (sic) memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0100-M, de fecha 23 de enero de 2017 y mediante oficios IESS-CCQJ-TH-2017-008; ... de fechas 26 de enero de 2017 ..., correspondientemente, se da cumplimiento a la recomendación en mención (...).”

Sin embargo, de la revisión a 7 documentos emitidos en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, se verificó que 2 se encuentran suscritos con la función que cumple el servidor y 5 con el cargo, como se demuestra:

No.	No. Documento	Fecha	Suscripción	
			Función	Cargo
1	IESS-DH-JI-AF-2016-0027-M	2016-11-05	X	
2	IESS-CCQJ-AD-2016-0014	2016-11-28		X
3	IESS-CCQJ-UF-001-2017	2017-02-09		X
4	IESS-HD-JI-UF-2017-0015	2017-02-09		X
5	IESS-HD-JI-AF-2017-0006	2017-03-10	X	
6	IESS-HD-JI-AF-2018-0109-M	2018-01-24		X
7	IESS-HD-JI-UF-2018-0030-M	2018-03-23		X

Lo comentado se presentó debido a que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018, y la Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de febrero de 2016 y el 27 de abril de 2018, no dispusieron a la totalidad del personal del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, que las comunicaciones e informes que emitan en cumplimiento de sus actividades, deben ser suscritas con la función que desempeñan y no solo con el cargo que ostentan, por lo que la recomendación 10 del informe DAI-AI-1096-2016, se encuentra parcialmente cumplida; lo que ocasionó que no se pueda identificar la función y cargo de los servidores al momento de suscribir informes y comunicaciones.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el “Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25” remitido con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 10 del informe DAI-AI-1096-2016, misma que la calificó como aplicada sin observar que la información presentada por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no evidenció que mediante oficio circular dispuso a los servidores de la casa de salud a su cargo, que las comunicaciones e

NOVENA Y SIETE

informes emitidos en cumplimiento de sus actividades suscriban con la función que desempeñan y el cargo que ostentan; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", se relacionó con su objeto; lo que no permitió dar continuidad a la verificación de su cumplimiento; así como, identificar la función y cargo de los servidores al momento de suscribir informes y comunicaciones.

"... Administración, control y registro de bienes de larga duración.- A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS -Hospital del Día de Jipijapa -11. Nombrará servidores de enlace en cada área de la unidad médica, quienes previa capacitación e instrucciones escritas, realizarán el control físico de los bienes asignados a cada servicio y reportarán a la Responsable de Activos Fijos, las novedades que se presenten, a fin de actualizar el inventario (...)"

Situación actual:

El Director Administrativo, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, mediante memorando IESS-HD-JI-DA-2018-0804-M de 7 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo, entre otros documentos, el oficio IESS-CCQJ-DA-2016-492 de 15 de septiembre de 2016, relacionado con el cumplimiento de la recomendación 11 del informe DAI-AI-1096-2016, en el que constó que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, designó a los servidores que debieron asumir las responsabilidades de servidores de enlace de cada área de gestión y competencia, para lo cual, les dispuso cumplir con las capacitaciones e instrucciones impartidas por la Responsable de Activos Fijos, con el fin de controlar los bienes asignados a cada servidor y reportar las novedades presentadas para actualizar el inventario; sin embargo, el referido Director no consideró que esta disposición fue dada antes de la aprobación del informe DAI-AI-1096-2016, siendo ésta el 18 de octubre de 2016; evidenciándose que a partir de esta fecha no existió disposición por parte de la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018 ni de la Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de febrero de 2018 y el 27 de abril de 2018 en relación a los servidores enlace de activos fijos y su capacitación.

NOVENTA Y OCHO 

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 envió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que la recomendación 11, se encuentra en estado "A", aplicada; y, en el campo de observaciones, lo siguiente:

"... La ..., Directora Administrativa hospital del Día Jipijapa, informa que con oficio IESS-CCQJ-DA-2016-492, de fecha 15 de septiembre de 2016, se da cumplimiento a la recomendación en mención (...)"

Lo comentado se presentó debido a que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018 y la Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de febrero de 2018 y el 27 de abril de 2018, desde la fecha de aprobación del informe, es decir, 18 de octubre de 2016 hasta el 30 de abril de 2018, fecha de corte del examen especial, no nombraron servidores de enlace en cada unidad médica ni realizaron acciones para brindarles capacitación.

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25"* remitido con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar la recomendación 11 del informe DAI-AI-1096-2016, misma que la calificó como aplicada sin evidenciar la realización de capacitación y dado instrucciones escritas a los servidores de enlace en cada área médica en control de bienes, y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Analista de la Comisión de Seguimiento para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo al objeto de la recomendación; originando que no se dé continuidad a la verificación de su cumplimiento.

Lo expuesto originó que la recomendación 11 del informe DAI-AI-1096-2016 se encuentre incumplida; que no se realice el control físico de los bienes; así como, en el caso de existir novedades comunicarlás a la Responsable de Activos Fijos, lo que dificultó mantener un control apropiado y localizar los bienes de larga duración.

NOVENTA Y NUEVE

“... Administración, control y registro de bienes de larga duración.- A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-12. Dispondrá al Responsable del área Financiera, que coordine la realización de constataciones físicas de los bienes de larga duración, por lo menos una vez al año; para cuya gestión se conformarán equipos de trabajo que mediante actas entregarán los resultados que se obtengan y este inventario será conciliado con los registros contables. De existir diferencias, serán informadas a esa Dirección Administrativa, para la aplicación de las medidas pertinentes. **.-A la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa .-13.** Dispondrá al Responsable del área Financiera, que conjuntamente con las Responsables del área contable y de Activos Fijos, concilien los saldos y determinen el origen de las diferencias existentes entre lo registrado en Contabilidad con el inventario general de Activos Fijos (...).”

Situación actual:

La Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa mediante IESS-HD-JI-DA-2017-0296 de 22 de febrero de 2017 comunicó al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General que se han realizado las constataciones físicas de bienes de larga duración y adjuntó el memorando IESS-HD-JI-UF-2017-0016-M de 9 de febrero de 2017, con el cual, el Analista Financiero – Jefe de la Unidad Financiera le comunicó que se realizó constataciones físicas a los Fármacos, Insumos Médicos, Materiales de Odontología, Rayos X, Laboratorio, y Materiales de Oficina de Aseo ubicados en el área de Guardalmacén, en el mes de noviembre de 2016, sin evidenciarse si éstas se efectuaron a los bienes de larga duración.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2018-1119-M de 17 de mayo de 2018 remitió al Auditor Interno Jefe del IESS, la matriz de seguimiento, en la cual constó, que las recomendaciones 12 y 13 se encuentran en estado “A”, aplicada, calificadas de acuerdo a la información adjunta a la respuesta enviada por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa con memorando IESS-HD-JI-DA-2017-0296 de 22 de febrero de 2017, y en el campo de las observaciones, constó lo siguiente:

“... 12. -13 .-La ..., Directora Administrativa hospital del Día Jipijapa, informa que con memorando IESS-HD-JI-UF-2017-0016-M, de fecha 09 de febrero de 2017 se da cumplimiento a la recomendación en mención (...).”

CIEP 

El Director Administrativo, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, con memorando IESS-HD-JI-DA-2018-804-M de 7 de junio de 2018, en relación al cumplimiento de estas recomendaciones y en respuesta al Jefe de Equipo, adjuntó el "INVENTARIO CONSTATADO Y CONSOLIDADO DE BIENES ACTIVO FIJO" con corte a enero de 2017; misma que consistió en una comparación entre el inventario a enero de 2017 y las facturas que mantenía la Unidad Financiera; adicionalmente no presentaron la conformación del equipo de trabajo ni la entrega de resultados mediante la suscripción de actas.

El Oficinista – Responsable de Activos Fijos, de quién no se evidenció que dieron a conocer el cumplimiento de las recomendaciones, mediante comunicación IESS-HD-JI-AF-2018-0005 de 7 de junio de 2018, remitido al Director Administrativo, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en atención al pedido efectuado por el Jefe de Equipo, comunicó que no se han realizado las conciliaciones por los siguientes motivos:

"... Falta de documentación de respaldo (facturas, actas de entrega, informes técnicos) de los bienes que reposan en los diferentes áreas.- Información previa sobre conciliaciones errónea que no se (sic) corresponden a la realidad.- No existe equidad de aplicación en cuanto a las partidas contables dentro de la adquisición de bienes, siendo un factor determinante para la conciliación.- No existe una categorización correcta de los bienes de larga duración y los sujetos a control administrativo.- Dichas observaciones ya fueron informadas previamente a las autoridades correspondientes en su momento mediante memorando IESS-HD-JI-AF-2017-0005 de fecha 1 de marzo de 2017 (...)"

Lo comentado se presentó debido a que la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 18 de enero de 2018 y la Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de febrero de 2018 y el 27 de abril de 2018, no dispusieron al Responsable del área Financiera la coordinación de la realización de constataciones físicas de los bienes de larga duración por lo menos una vez al año y que conjuntamente con los Responsables del Área Contable y de Activos fijos concilien saldos y determinen el origen de las diferencias existentes entre lo registrado en Contabilidad con el inventario general de Activos Fijos, por lo que se considera que las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-1096-2016 se encuentran incumplidas; lo que ocasionó que no se disponga de inventarios, actualizados y valorados que permitan su conciliación contable.

CIENTO UNO 

El Oficinista en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, no efectuó previo a emitir el *"Informe aplicación de recomendaciones para el archivo del Expediente A-2016-25"* remitido con memorando IESS-DG-2017-0932-M de 18 de mayo de 2017 al Planificador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 12 y 13 del informe DAI-AI-1096-2016, toda vez que las calificó como cumplidas sin contar con las disposiciones a los Responsables del área financiera, contable y de activos fijos para realizar la constatación física de bienes de larga duración por lo menos una vez al año y para la conciliación de los saldos contables con los físicos, y el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Analista de la Comisión de Seguimiento para determinar que las recomendaciones se encontraban "Aplicadas", estuvo de acuerdo al objeto de las mismas; sin embargo, las referidas recomendaciones se encuentran incumplidas, originando que no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de la recomendación y que no se disponga de inventarios, actualizados y valorados que permitan su conciliación contable.

Los citados servidores inobservaron lo dispuesto en el artículo 92.- Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas; y, el Oficinista y Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la Norma de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y las funciones dispuestas en el memorando IESS-DG-2016-2100-M de 12 de noviembre de 2016; y, en los artículos: 8, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2016-0004 y 0010 -FDQ de 1 de febrero y 29 de abril de 2016; y, 6, número 3 de las Resoluciones Administrativas IESS-DG-2017-0001-DMA-FDQ e IESS-DG-2018-0001-RFDQ de 26 de diciembre de 2017 y 27 de febrero de 2018, en su orden, que en similares términos establecieron:

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

CIENTO DOS 

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicaron los resultados provisionales, con oficios 0194, 0195, 0197, 0198, 0199, 0221 y 0222-0008-IESS-AI-2018 de 11 y 16 de agosto de 2018, a las Directoras Administrativas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, titular y subrogante; Analista Administrativa; Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera, Guardalmacén del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa; Oficinista; y, al Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General.

El Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, mediante memorando IESS-DG-2018-1844-M de 29 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0222-0008-IESS-AI-2018, expuso lo siguiente:

*"... Mediante memorando No. IESS-HD-JI-DA-2016-1820-M, ...Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa, manifiesta: "adjunto la evidencia de la aplicación y cumplimiento a las observaciones emanadas por los organismos de control,...y la recomendación No. 1 contenida en dicho informe.- **Recomendación 2.-** Mediante memorando No. IESS-HD-JI-DA-2017-0296-M la ..., Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa indica: "Se informó documentadamente lo relacionado a la evidencia relativa a la codificación de bienes de la unidad.- ... **Recomendación 6.-** ...Mediante memorando No. IESS-HD-JI-DA-2017-0002-M, la ... Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa informa: "En atención a lo requerido, cumplo con adjuntar la evidencia acerca de la aplicación debida a la recomendación 5 y 6 de los organismos de control.".- ... **Recomendación 10.-**... memorando No. IESS-HD-JI-DA-2017-0296-M, la Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa, manifiesta que: "Se cumple con esta recomendación.- ...**Recomendación 11.-** Mediante memorando No. IESS-HD-JI-DA-2017-0296-M, la Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa, comunica a la Comisión de Seguimiento que: "Se cumple con esta recomendación.- ... las recomendaciones No. 12 y 13, la ... Directora Administrativa Hospital del Día Jipijapa, mediante memorando Nro. IESS-HD-JI-DA-2017-0296-M, indica que: "Se cumple con lo recomendado, por lo que adjunto Memorando No. IESS-HD-JI-UF-2017-0016-M, de fecha 09 de febrero de 2017, en el cual se remiten las actas de constatación física de fármacos existentes en Guardalmacén del hospital, actualizadas a la fecha (...)"*

Lo expuesto no modifica el comentario de Auditoria, por cuanto la información señala ya fue objeto de análisis de la presente orden de trabajo, sin evidenciar el cumplimiento de las recomendaciones.

CIENTO TRES 

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 24 de agosto de 2018, se presentaron las siguientes respuestas:

El Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, mediante memorando IESS-CCQJ-UF-2018-0282 de 29 de agosto de 2018, expuso lo siguiente:

"... A partir del mes de marzo se contaba con una persona contratada ..., ordenando secuencialmente y cronológicamente el archivo hasta el año 2017, pero lamentablemente a partir del mes de junio de 2018, esta persona deja de acudir al área financiera..., por lo que quienes laboramos en la Unidad Financiera, estamos procediendo a cumplir con esta recomendación del organo (sic) de control (...)"

Lo manifestado por el referido servidor no modifica lo comentado por Auditoría por cuanto no presentó documentación que evidencie que se mantuvo un archivo de los expedientes de procesos de contratación de bienes y servicios del año 2018 debidamente organizado en orden cronológico y secuencial.

La Guardalmacén del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 30 de abril de 2018, mediante comunicación de 30 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0199-0008-IESS-AI-2018, manifestó lo siguiente:

"... Los documentos que solicitó el la Auditoría Seccional Institucional, y que fueron entregados por el guardalmacén han sido entregados incompletos, seguramente por haberse traspapelado en el momento de su entrega (...)"

Lo comentado no modifica lo comentado por Auditoría, por cuanto las actas de entrega recepción remitidas son las mismas a las analizadas por el equipo de auditoría en la ejecución de la presente acción de control, sin que se evidencie que contengan información referente a las garantías técnicas, y liquidación de plazos.

La Analista Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 16 de enero de 2017, con oficio IESS-CCQJ-AA-2018-0029 de 27 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0197-0008-IESS-AI-2018, expuso lo siguiente:

CIENTO CUATRO 

"... En relación a la codificación manual... me permito adjuntar Memorando No. IESS-HD-JI-DA-2018-1173-M, de fecha 20 de agosto de 2018, evidenciando haber culminado la actualización del cruce y consolidación contable del hospital.- se remitió constancia de haber realizado la consolidación y cruce contable de bienes de larga duración del hospital, de manera conjunta observada por los organismos de control ..., se detectaron inconsistencias debido a la falta de documentación (facturas) que limitaban el poder cuadrar la información (...)"

Lo manifestado por la Analista Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no modifica lo comentado por auditoría, toda vez que no evidencio que todos los bienes del inventario de bienes de larga duración se encontraban codificado; así como la conciliación del citado inventario no fue realizado contra la información registrada en el sistema ESIGEF, realizándose una valoración de los bienes de acuerdo a las facturas presentadas.

La Directora Administrativa, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa en funciones entre el 1 de febrero de 2018 y el 27 de abril de 2018, en respuesta al oficio 0195-0008-IESS-AI-2018, en comunicación de 27 de agosto de 2018, señaló:

"...el Guardalmacén, responsable de la custodia de los medicamentos verificará los documentos. según sea el caso.- Además, se debe verificar que las cantidades recibidas coincidan con el pedido y lo facturado por el proveedor, en el caso de no presentar novedades se procederá con la elaboración del "Acta de Entrega - Recepción" respectiva, de acuerdo al formato establecido.- 3. ... a la (sic) observado en la Recomendación No. 8, manifiesto que se cumplió con la designación del señor ..., Oficinista Contratado de la unidad, para que realice las actividades de archivo de documentación financiera en la Unidad, por ende, se le dispuso que se encargue y responsabilice de las gestiones de Archivo del Sistema de gestión documental.- ... 4. existe la codificación manual de bienes y por argumentos del servidor responsable del área de Activos Fijos del Hospital, se exteriorizó la importancia de gestionar la adquisición de la Lectora de Barras de codificación.- ... 5. anexo 4, en el cual se evidencia haber solicitado al área Financiera y Contable, las actas de constataciones físicas incluyendo la de bienes de larga duración del hospital.- ...6. ... en anexo 5, la evidencia de designación de servidores de enlace de la unidad (...)"

Lo manifestado por la Directora Administrativa, subrogante, del Centro de Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no modifica el comentario de auditoría, por cuanto no se remitió que evidencia que al corte del examen especial, es decir al 30 de abril de 2018, que la totalidad de los bienes de larga duración se encuentren codificados y el inventario actualizado en razón de es esta codificación; no evidenció que las 10 actas de entrega recepción mantenían

CIENTO CINCO

información relacionada a los datos de liquidación de plazos y garantías técnicas; confirmó que la información financiera relacionada a procesos de contratación no se encontraba foliada, ordenada cronológicamente, no presentó la designación de servidores de enlace y que se realicen las respectivas capacitaciones, ni la disposición de la realizaciones de constataciones físicas de los bienes de larga duración y su respectiva conciliación.

Conclusiones

- La Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no dispuso el cumplimiento de las recomendaciones 1 y 2; no vigiló ni supervisó que actualice el inventario general de bienes de larga duración, conforme los códigos asignados; tampoco la Analista Administrativa actualizó el inventario de acuerdo a la codificación realizada; el Oficinista, no efectuó las acciones necesarias para implementar las recomendaciones 1 y 2, mismas que las calificó como aplicadas, sin contar con la actualización del inventario general de bienes de larga duración, conforme los códigos asignados; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo acorde a su objeto; lo que originó que a partir del 18 de mayo de 2017, fecha en la que se archivó el expediente, no se dé continuidad a la verificación del cumplimiento de las recomendaciones 1 y 2 del informe DAI-AI-1096-2016, mismas que se encuentran parcialmente cumplidas, tampoco permitió contar con un inventario actualizado; y, a partir de diciembre de 2016 con bienes codificados a fin de mantener un adecuado control e identificación de los mismos.
- La Guardalmacén del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, previo a suscribir las actas de entrega recepción de los bienes adquiridos, no verificó que contengan información referente a las garantías técnicas, y liquidación de plazos; el Oficinista, no efectuó las acciones necesarias para implementar la recomendación 6 del informe DAI-AI-1096-2016, toda vez que la calificó como aplicada con la fotocopia del acta entrega recepción, sin evidenciar que cuente con: antecedentes de la compra, datos de la garantía técnica y liquidación de plazo; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de

CIENTO SEIS

Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Analista de la Comisión de Seguimiento para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", estuvo de acuerdo a su objeto; originando que no se dé continuidad a la verificación de su cumplimiento y que en 10 actas de entrega-recepción analizadas, no se refleje que se cumpla el tiempo otorgado para la entrega de los bienes; así como, datos relacionados con la garantía técnica en relación a la vigencia y su cobertura; y que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1096-2016, se encuentre parcialmente cumplida.

- La falta de coordinación de acciones efectivas por parte de las Directoras Administrativas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa con el Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera, para mantener los expedientes de los procesos de contratación de bienes y servicios generados en el año 2018 debidamente archivados, ordenados y foliados, en orden cronológico y secuencial; así como, del Analista Financiero - Jefe de la Unidad Financiera, para cumplir con esta diligencia, ocasionó que no se asegure la conservación integral de la información financiera y su fácil localización y que la recomendación 8 del informe DAI-AI-1096-2016, se encuentre parcialmente cumplida.
- La falta de disposición por parte de las Directoras Administrativas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, al personal para que suscriban las comunicaciones e informes, con la función que desempeñan; así como, el Oficinista no efectuó las acciones necesarias para implementar la recomendación 10 del informe DAI-AI-1096-2016, misma que la calificó como aplicada sin observar que la información presentada por la Directora Administrativa del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no evidenció su cumplimiento; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", se relacionó con su objeto, lo que no permitió dar continuidad a la verificación del cumplimiento; así como, identificar la función y cargo de los servidores al momento de suscribir informes y comunicaciones; y, que la recomendación 10 del informe DAI-AI-1096-2016, se encuentra parcialmente cumplida.

CIENTO SIETE (21)

- La falta de nombramiento de servidores enlace en cada unidad médica, ni la realización de acciones para brindarles capacitación, por parte de las Directoras Administrativas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, deficiencias que no fueron determinadas por el oficinista previo a emitir el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", por lo que se considera la recomendación 11 incumplida, lo que originó que no se realice el control físico de los bienes; así como, en el caso de existir novedades comunicarlás a la Responsable de Activos Fijos, lo que dificultó mantener un control apropiado y localizar los bienes de larga duración.

- Las Directoras Administrativas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, no dispusieron al Responsable del área Financiera la coordinación de la realización de constataciones físicas de los bienes de larga duración por lo menos una vez al año y que conjuntamente con los Responsables del Área Contable y de Activos fijos concilien saldos y determinen el origen de las diferencias existentes entre lo registrado en Contabilidad con el inventario general de Activos Fijos, tampoco el Oficinista previo a emitir el informe de aplicación de recomendaciones para el archivo del expediente; y, el Planificador - Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, en calidad de delegado de la máxima autoridad, no supervisó que la documentación considerada por el Oficinista para determinar que la recomendación se encontraba "Aplicada", lo que originó que las recomendaciones 12 y 13 se encuentren incumplidas y no se continúe con el seguimiento; y, que no se disponga de inventarios, actualizados y valorados que permitan su conciliación contable.

Hecho subsecuente

El Director Administrativo, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, mediante oficio IESS-CCQJ-DA-2018-012-5 de 2 de mayo de 2018, dispuso lo siguiente:

CIENTO OCHO 

“...que todo el personal de la unidad médica, que las comunicaciones e informes que emitan en cumplimiento de sus actividades, deben ser suscritas con la función que desempeñan no solo con el cargo que ostentan (...).”

El Oficinista – Responsable de Activos Fijos, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, mediante memorando IESS-HD-JI-AF-2018-0045-M de 28 de agosto de 2018, informó al Director Administrativo que se designó a los servidores de enlace para la custodia de los bienes de larga duración, mismos que serán capacitados sobre el correcto uso y custodia de los bienes de la unidad.

El Director Administrativo, subrogante, del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio del IESS - Hospital del Día de Jipijapa, con oficio IESS-CCQJ-DA-2018 de 20 de agosto de 2018 comunicó:

“...1. - Los bienes del hospital cuentan con codificaciones manuales, aspecto que motivó el gestionar la adquisición de la impresora de barras codificadoras con especificaciones tecnológicas para la codificación automática de bienes de larga duración, actividad que consta autorizada para su compra....- 2. - ... adjunto los documentos que sustentan las acciones gestionadas por esta Dirección Administrativa- 3. - ..., adjunto memorandos que evidencian las acciones tomadas tendientes al cumplimiento de lo indicado. (Anexo 3).- 4. - Se adjunta la disposición para el Administrador de Contratos y Guardalmacén ... los bienes adquiridos por el proceso de ínfimas cuantías que contengan la información referente a las garantías técnicas y liquidación de plazos. (Anexo 4).- 5. - ... la documentación financiera encontrada sin orden cronológico y secuencial , la cual consta aplicada (sic) y sin identificación en un escritorio, adjunto las evidencias de lo gestionado. (Anexo 5).- 6. - Adjunto los documentos en los cuales esta Dirección Administrativa dispuso ..., realice las comunicaciones e informes que emitan en cumplimiento de sus actividades, las cuales deben ser suscritas con la función que desempeñan y no solo con el cargo que ostentan. (Anexo 6).- 7. - Con relación a la designación de servidores de enlace en la unidad... constan los jefes departamentales del hospital, asignados para el cumplimiento de las funciones en calidad de servidores de enlace...-9.- Se adjunta el cruce y consolidación contable de activos fijos y área de contabilidad, desde el periodo 2006 a junio 2018 (...).”

8. Informe DAI-AI-1152-2016

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, su registro, utilización y destino; al registro, control y custodia de bienes de larga duración; recepción, control y entrega de medicinas en bodega y farmacia en el Centro de Atención Ambulatoria el Batán, por el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2010 y el 25 de noviembre de 2015, fue aprobado el 25 de noviembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la

CIENTO NUEVE 

Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 35989-DAI de 13 de diciembre de 2016, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2016- 2103 y 2106-ME de 15 de diciembre de 2016 comunicó al Director Administrativo Hospital del Día El Batán y al Director General del IESS, en su orden.

El informe contiene 22 recomendaciones, de las cuales 18 fueron cumplidas, 1 no aplicable, según consta en anexo 4; 2 se encuentran parcialmente cumplidas y 1 incumplida, que se citan a continuación:

“... Cambio de equipos médicos sin autorización ni actas de entrega recepción .-Al Director Administrativo del Hospital del Día El Batán. .-13. Dispondrá a la Administradora del Contrato verifiquen el cumplimiento de todas las especificaciones técnicas y cláusulas contractuales detalladas en el proceso SIE-BATAN-001-2013, resultado de ello emitirán los informes técnicos y económicos que serán puestos a consideración de la Procuraduría General del IESS. .-Repuestos y accesorios adquiridos sin constancia de instalación en equipos médicos .-Al Director Administrativo del Hospital del Día El Batán .-14. Dispondrá al Administrador del Contrato le remita el informe técnico y económico relacionado con el cumplimiento de las cláusulas contractuales estipuladas en el proceso RE-BATAN-006-2014, el mismo que deberá ponerlo a consideración de la Procuraduría General del IESS para su revisión y análisis de si es procedente el pago pendiente al proveedor o el inicio de las acciones legales pertinentes (...).”

Situación actual:

El Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán con memorando IESS-HD-EB-DA-2017-0166-M de 8 de febrero de 2017, entregó a la Coordinadora de Imagen la documentación y el análisis jurídico del contrato RE-BATAN-006-2014, designándole como Administradora del Contrato; así como, solicitó remitir los informes técnicos y económicos.

La Administradora del Contrato del proceso RE-BATAN-006-2014 con memorandos IESS-HD-EB-I-2017-0036 y 0048-M de 29 de marzo y 17 de abril de 2017, remitió al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán, el informe técnico y económico de los procesos RE-BATAN-006-2014 y SIE-BATAN-001-2013, en los cuales recomendó se realice lo más pronto posible la documentación necesaria, para que el equipo Fuji Film pertenezca legalmente a la entidad y se efectúen los mantenimientos respectivos por lo menos durante 2 años; y, que los repuestos y accesorios del proceso RE-BATAN-006-2014 al no haber cumplido con su objetivo y no ser posible su digitalización con los equipos existentes y de propiedad de la

CIEHC DUEZ

institución, no han sido cancelados hasta el 30 de abril de 2018 fecha de corte del examen; servidor que mediante memorando IESS-HD-EB-DA-2017-0615-M de 28 de abril de 2017, remitió al Procurador General del IESS, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 28 de febrero de 2018, los informes técnicos y económicos de los procesos SIE-BATAN-001-2013 y RE-BATAN-006-2014, solicitando se proceda con las acciones legales correspondientes.

El Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, solicitó al Procurador General del IESS con memorando IESS-HD-EB-DA-2017-1005-M de 2 de agosto de 2017, se proceda con las acciones legales correspondientes en relación a los siguientes aspectos:

*“... Designar un perito especialista en equipos médicos de rayos x,... que realice... una experticia del Equipo de Digitalización de Rayos X marca FujiFilm... que establezca si es igual o de mejor características que el... marca iRCco, modelo CR3600, adquirido mediante proceso SIE-BATAN-001-2013... **Verificar físicamente** si todos los repuestos y accesorios adquiridos... mediante proceso RE-BATAN-006-2014, son parte integrante del Equipo Digitalizador de Rayos X marca FujiFilm; y,... establezca si los precios establecidos en el proceso SIE-BATAN-001-2013 y... RE-BATAN-006-2014 tienen una relación de precio con un equipo que contenga las características técnicas en conjunto de los dos procesos....- ... De establecer el informe pericial, conclusiones positivas... Procuraduría... disponga... la autorización de regulación del proceso SIE-BATAN-001-2013 y el de pago del proceso RE-BATAN-006-2014 (...).”*

El Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, con memorandos IESS-HD-EB-DA-2017-1278-M e IESS-HD-EB-DA-2018-0424-M de 1 de noviembre de 2017 y 2 de abril de 2018, realizó las insistencias a su requerimiento; sin recibir respuesta por parte del Procurador General del IESS.

Mediante oficio 0056-0008-IESS-AI-2018 de 1 de junio de 2018, el jefe de equipo solicitó al Procurador General del IESS, proporcionar documentación a las acciones realizadas en relación a la revisión y análisis de si es procedente el pago pendiente a los proveedores de los procesos de contratación SIE-BATAN-001-2013 y RE-BATAN-006-2014 o de ser el caso el inicio de acciones legales pertinentes sin recibir respuesta.

Por lo expuesto, el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, a quien estuvo dirigida la implementación de las

CIENTO CINCE

recomendaciones 13 y 14 del informe DAI-AI-1152-2016, evidenció que las cumplió de acuerdo a sus competencias; sin embargo, éstas se encuentran parcialmente cumplidas, en razón de que el Procurador General del IESS no ha emitido los respectivos pronunciamientos, lo que no permitió se proceda a la regulación del proceso SIE-BATAN-001-2013, es decir, la legalización del equipo digitalizador Fuji Film para que pertenezca legalmente a la entidad; y, que se mantengan pendientes por cancelar los valores por la adquisición de los repuestos y accesorios del proceso RE-BATAN-006-2014.

“... Procedimientos de control en la administración de los bienes de larga duración .-Al Director Administrativo del Hospital del Día El Batán .-19. En coordinación con el Responsable de Activos Fijos, elaborará el plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración a fin de conservar su estado óptimo de funcionamiento y prolongar su vida útil (...).”

El Oficinista - Responsable de Activos Fijos, mediante memorando IESS-HD-EB-AF-2018-0036-M de 26 de junio de 2018, remitió al Jefe de Equipo, el contrato 025-2016 suscrito el 16 de septiembre de 2016 por el Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán y el Representante Legal de la empresa con RUC 1791152948001, cuyo objeto fue la contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de 216 equipos médicos de mediana y baja complejidad, con un plazo de 365 días contados a partir de la suscripción del contrato, mismo que concluyó el 15 de septiembre de 2017.

El Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, en funciones entre el 9 de junio de 2017 y el 31 de marzo de 2018, con memorando IESS-HD-EB-DA-2017-1041-M de 23 de agosto de 2017, delegó al Oficinista - Responsable de Activos Fijos la aplicación de la recomendación 19, en tal razón el citado servidor con memorandos IESS-HD-EB-AFIJOS-2017-0005 y 0006 de 25 de agosto de 2017, remitió a la Asistente Administrativo la matriz de equipos médicos, dispositivos médicos, mobiliario médico y equipos informáticos con el fin de iniciar un plan de mantenimiento anual; y, el *“Manual de sugerencia para el proceso de mantenimiento anual de bienes de larga duración”*, en su orden; servidora que mediante correo electrónico de 25 de agosto de 2017, le informó que hasta el 15 de septiembre del 2017 se encuentra vigente el contrato de mantenimiento con la empresa de RUC 1791152948001; por lo que una vez concluido se procederá con lo dispuesto por la máxima autoridad; además, el Oficinista – Responsable de Activos

CIENTO DOCE 

Fijos mediante correo electrónico de 18 de septiembre de 2017 remitió al Oficinista, la matriz de equipos médicos para el proceso de mantenimiento.

Lo expuesto, evidenció que el Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 8 de junio de 2017, no coordinó con el Oficinista - Responsable de Activos Fijos, la elaboración del plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración, a partir del 23 de diciembre de 2016, fecha desde la cual debió implementar la recomendación 19 del informe DAI-AI-1152-2016, por lo que la misma fue incumplida; el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán en funciones entre el 9 de junio de 2017 y el 29 de marzo de 2018, no coordinó con el Oficinista – Responsable de Activos Fijos para elaborar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración; además, la Asistente Administrativo y el Oficinista, en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 5 de septiembre de 2017; y, 3 de julio de 2017 y el 30 de abril de 2018 en su orden, amparados en el contrato 025-2016, suscrito el 16 de septiembre de 2016, cuyo objeto fue la contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de 216 equipos médicos de mediana y baja complejidad, no observaron que en éste instrumento legal no estuvieron contemplados el total de activos fijos, tampoco consideraron los requerimientos solicitados por el Oficinista – Responsable de Activos Fijos respecto de la elaboración de un plan de mantenimiento y el manual de sugerencia para el proceso de mantenimiento anual de bienes de larga duración, servidor en funciones entre el 23 de agosto de 2017 y el 30 de abril de 2018 que tampoco insistió en la elaboración del mencionado plan, pese a tener conocimiento de la recomendación 19 del informe DAI-AI-1152-2016, lo que ocasionó que el mantenimiento de los bienes de larga duración se realice al momento de presentarse la necesidad, lo que no permitió conservar su estado óptimo de funcionamiento y prolongar su vida útil.

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados

CIENTO TRECE

provisionales, con oficios 0224, 0228, 0229, y 0231-0008-IESS-AI-2018 de 22 y 24 de agosto de 2018, a los Directores Administrativos del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día El Batán, Asistente Administrativo y al Oficinista, recibiendo las siguientes respuestas:

La Asistente Administrativo en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 5 de septiembre de 2017, mediante comunicación de 5 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0228-0008-IESS-AI-2018, señaló lo siguiente:

"...con relación a los memorandos IESS-HD-EB-AFIJOS-2017-0005 y 0006 de 25 de agosto de 2017, los mismos fueron recibidos por mi persona para el análisis respectivo y se evidenció algunas inconsistencias tales como que... el equipo informático de la Unidad Médica, el cual no podía estar incluido en el proceso ya que estos equipos de conformidad con la Normativa del IESS le corresponde el mantenimiento al área de informática, de igual manera la cantidad de equipos no concordaba con el contrato que estaba vigente del plan de mantenimiento, ... en los equipos de REHABILITACIÓN en el contrato 025-2016 constan 29 ítems entre equipos, dispositivos y mobiliario, y, en el informe del memorando IESS-HD-EB-AFIJOS-2017-0006 de 25 de agosto de 2017 constan 16 equipos médicos y 4 mobiliario administrativo, ... evidenciándose así inconsistencias que debían ser subsanadas con un nuevo inventario, lo cual estaba en proceso de levantamiento. (...)"

El Oficinista en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 30 de abril de 2018, en comunicación de 22 de agosto de 2018, en respuesta al oficio 0229-0008-IESS-AI-2018, señaló lo siguiente:

*"... Mediante Memorando Nro. IESS-HD-EB-CSE-2017M (sic) de... 18 de Agosto de 2017... me permito solicitar al Señor Director mediante **ASUNTO: MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MEDICOS...** en el cual detalla las fechas en las cuales se deberá levantar el proceso y la fecha tentativa en las cuales se dará inicio a dicho proceso... - ... Con memorando Nro. IESS-HD-EB-CSGE-2017-0089-M de fecha... 23 de Octubre de 2017, me permito remitir al Director Administrativo del Período... "TERMINO DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS DE MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD... se remitido (sic) en el mes de Agosto y Octubre de 2017 a la máxima autoridad que se dé inicio a los respectivos procesos de mantenimiento de equipos médicos tomando en cuenta los manuales remitidos por el área de Activos Fijos, por lo cual en lo que respecta a mi gestión no he tenido incumplimiento en lo requerido mediante la recomendación 19 (...)"*

Adjuntó el memorando IESS-HD-EB-CSGE-2017-0050-M de 18 de agosto de 2017, dirigido al Director Administrativo, suscrito por el Oficinista en funciones entre el 3 de

CIENTO CATORCE 

julio de 2017 y el 30 de abril de 2018, en el cual solicitó se proceda a realizar el mantenimiento a los equipos, dispositivos médicos del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio El Batán; y, el memorando IESS-HD-EB-CSGE-2017-0089-M de 23 de octubre de 2017 en el cual constan los términos de referencia para que se realice el proceso de contratación del servicio de mantenimiento preventivo, de equipos y dispositivos médicos de las diferentes áreas del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio El Batán; sin embargo, no consideró que previo a solicitar esta adquisición debió elaborar el plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración.

Lo comentado por la Asistente Administrativo y el Oficinista, no modifica lo comentado por cuanto un contrato de mantenimiento no es un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración, ni remitieron evidencia que demuestre que coordinaron la elaboración de un plan.

El Director Administrativo en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 8 de junio de 2017, mediante oficio 001-2018 de 6 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0231-0008-IESS-AI-2018, comunicó lo siguiente:

“...se procede al levantamiento del proceso de contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, mismo que es firmado el 16 de septiembre del 2016 como CONTRATO No. 025-2016...- Una vez firmado el contrato No.025-2016, el Coordinador de Servicios Generales coordina con la empresa el Plan de mantenimiento detallado en los distintos cronogramas de mantenimientos correctivos y preventivos según las necesidades detectadas con la finalidad de dar prioridad técnica de mantenimiento a los diversos equipos por área y complejidad (...).”

Lo comentado por el Director Administrativo, no modifica lo comentado por Auditoría, por cuanto presentó únicamente un contrato de mantenimiento para 216 equipos médicos de mediana y baja complejidad, sin incluir el “plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración”, ni remitió evidencia que demuestre que coordinó con el Responsable de Activos Fijos.

El Director Administrativo en funciones entre el 9 de junio de 2017 y el 29 de marzo de 2018, en comunicación de 11 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0224-0008-IESS-AI-2018, manifestó lo siguiente:

CIENTO QUINCE 

"...no encontré a mi inicio de funciones un inventario que se relacionara con el contrato en curso y en plazo de ejecución de 9 meses a la fecha de mi ingreso... - Por lo que dispuse al área de Activos fijos y a Servicios Generales, realicen el debido inventario, para poder contar con información validada y realizar la planificación del 2018... - Con memorando IESS-HD-EB-DA-2017-1366-M de 18 de noviembre de 2017, suscrito por la ... SUBDIRECTORA NACIONAL ADMINISTRATIVA ENCARGADA, se solicita remitir el inventario de bienes de larga duración con fecha de corte 31 de octubre de 2017, por tal razón, la Unidad Médica a mi cargo, remite la respectiva información, conciliada con la contabilidad y conciliado con el sistema de información AVALUAC.,... debido a éste ejercicio ya se contaba con la información suficiente para realizar la programación de los mantenimientos, mismos que fueran planificados, e iniciada su ejecución posterior a la asignación del presupuesto respectivo para el año 2018, de acuerdo al PAC aprobado (...)"

Lo expuesto por el Director Administrativo no modifica lo comentado por Auditoría, por cuanto si efectuó acciones con las áreas de Activos, Servicios Generales y Contabilidad, para que realicen el levantamiento del inventario y su respectiva conciliación con Contabilidad y el sistema de información AVALUAC, no evidenció la elaboración del *"plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración a fin de conservar su estado óptimo de funcionamiento y prolongar su vida útil"*.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 14 de septiembre de 2018, se recibieron las siguientes respuestas:

El Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 8 de junio de 2017, con oficio 002-2018 de 21 de septiembre de 2018, señaló:

"...se solicitó a la Dirección Médica disponga a las distintas áreas médicas entreguen información respecto a los activos fijos, su ubicación, estado y mantenimientos recibidos... - Contrastada y verificada la información por parte de la Responsable de Activos fijos se procede al levantamiento del proceso de contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, mismo que es firmado el 16 de septiembre del 2016 con CONTRATO No. 025-2016 mismo que contiene los cronogramas de mantenimiento correctivos y preventivos.... - ... el cual detallaba un plan anual de mantenimiento anual identificando alcance, áreas, equipos, responsables, acciones a realizarse, cronograma de visitas, cronograma de trabajo, e incluía informes y entregables como las hojas de servicio... que garantizaban los trabajos técnicos realizados y con ello el buen funcionamiento y prolongación de la vida útil de los equipos de media y larga duración... - ... Durante mi período de gestión se mantuvo un contrato integral de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos de mediana y alta complejidad el cual describió un plan de mantenimiento anual

CIENTO DIECISEIS 

estructurado y un instrumentos legal que garantizaba el correcto funcionamiento, atención inmediata, cambio de partes y dotación de repuestos, con lo cual se prolongó de la vida útil de los activos del hospital de manera técnica (...).

Lo comentario por el Director modifica parcialmente lo comentado por Auditoria, toda vez que existía un Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo cuya vigencia era de un año, hasta el 15 de septiembre de 2017, con prórroga de 60 días hasta el 23 de noviembre de 2017; sin embargo de la lista de equipos médicos remitido por el Director Médico como base para la planificación, no se especifica la diferencia entre la base presentada de 262 equipos y lo contratado 216 equipos, quedando 46 equipos sin mantenimiento, sin justificar la razón.

La Asistente Administrativo en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 5 de septiembre de 2017, mediante comunicación de 21 de septiembre de 2018, señaló:

“... Con fecha 17 de agosto de 2017, según memorando N° IESS-DG-2017-1649-M, el señor... Planificador-Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, requiere al... Director Administrativo... dar cumplimiento a las recomendaciones de auditoria interna. El Director Administrativo, me envía el Memorando N° IESS-HD-EB-DA—2017-1042-M, que en su parte pertinente dice: “Preparar respuesta de acuerdo al ámbito de sus competencias” .- Con fecha 27 de agosto de 2017 remito el Memorando N° IESS-HD-EB-CSGE-2017-0058-M, en el cual indico “... cronograma tentativo de mantenimiento preventivo y correctivo de activos fijos, es tentativo ya que la empresa IX-Biotrón tiene vigente el contrato hasta el 15 de septiembre de 2017, en referencia a la recomendación N°19”; con lo que se demuestra que la recomendación N°19... fue solventado con la celeridad requerida por el... Director Administrativo, Hospital del Día el Batán (...).”

Lo comentario por la Asistente Administrativo ratifica el comentario, toda vez que existía un Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo, cuya vigencia era de un año, hasta el 15 de septiembre de 2017, con prórroga de 60 días hasta el 23 de noviembre de 2017, fecha en la cual la Asistente Administrativo ya no estaba en funciones en la unidad médica.

Mediante comunicación de 21 de septiembre de 2018, el Oficinista en funciones entre el 3 de julio de 2017 y el 30 de abril de 2018, señaló:

“... CONTRATO NO. 025-2016... FINALIZACIÓN DE CONTRATO: 16 de Septiembre de 2017 FINALIZACIÓN POR PRORROGA: 23 DE NOVIEMBRE DE 2017....- Con Memorando Nro. IESS-HD-EB-CSGE-2017-0089-M de... 23

CIENTO DIECISIETE 

*de Octubre de 2017, remito al... Director Administrativo... se realice el proceso de **CONTRATACIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS DE MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL C.C.Q.A.H.D EL BATÁN**, los mismos que previo a la inspección realizada a la Unidad Médica el Batán, por parte del área de Servicios Generales, constato las necesidades urgentes que presenta la misma....-adicional dentro de mis funciones no estaba la elaboración de un manual de mantenimiento de Equipos Médicos ni existió un documento que yo me haga responsable de los mantenimientos por lo que mi único sustento fue la designación como Administrador del Contrato 025-2016 IX BIOTRON (...)*".

Lo comentario por el Oficinista, ratifica el comentario de auditoria, toda vez que existía un Contrato de mantenimiento preventivo y correctivo, cuya vigencia fue de un año, hasta el 15 de septiembre de 2017, con prórroga de 60 días hasta el 23 de noviembre de 2017, donde culmina su período como Administrador de mencionado contrato.

Conclusiones

- El Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán a quien estuvo dirigida la implementación de las recomendaciones 13 y 14 del informe DAI-AI-1152-2016, evidenció que las cumplió de acuerdo a sus competencias; sin embargo, éstas se encuentran parcialmente cumplidas, en razón de que el Procurador General del IESS no ha emitido los respectivos pronunciamientos, lo que ocasionó que no se proceda a la regulación del proceso SIE-BATAN-001-2013, es decir la legalización del equipo digitalizador Fuji Film para que pertenezca legalmente a la entidad; y, que se mantengan pendientes por cancelar los valores por la adquisición de los repuestos y accesorios del proceso RE-BATAN-006-2014.
- El Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatorio El Batán, no coordinó con el Oficinista - Responsable de Activos Fijos, la elaboración del plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración; el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, no coordinó ni supervisó al Oficinista – Responsable de Activos Fijos, a fin de elaborar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes de larga duración; además, la Asistente Administrativo y el Oficinista no observaron que en el contrato 025-2016, suscrito el 16 de septiembre de 2016, no estuvieron contemplados el total de activos fijos, tampoco consideraron los requerimientos solicitados por el Oficinista – Responsable de Activos fijos respecto de la

CIENTO DIECIOCHO 

elaboración de un plan de mantenimiento y el manual de sugerencia para el proceso de mantenimiento anual de bienes de larga duración, servidor que tampoco insistió en la elaboración del mencionado plan, por lo que la recomendación 19 del informe DAI-AI-1152-2016 se encuentra incumplida, lo que ocasionó que el mantenimiento de los bienes de larga duración se realice al momento de presentarse la necesidad, lo que no permitió conservar su estado óptimo de funcionamiento y prolongar su vida útil.

Hecho subsecuente:

El Oficinista - Responsable de Activos fijos, mediante memorando IESS-HD-EB-AF-2018-0036-M de 26 de junio de 2018, adjuntó el "*Programa de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos Biométricos*", aprobado el 12 de junio de 2018 por el Director Administrativo del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) El Batán, encargado; sin embargo, en este documento no constó el plan de mantenimiento que contenga el total de los activos fijos con los que cuenta esta casa de salud; así como, el año de adquisición, vida útil, tipo de mantenimiento y su frecuencia, entre otros aspectos.

9. Informe DAI-AI-1172-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial a la emisión de certificados médicos concedidos a servidores del Hospital General Martín Icaza por personal médico de los Hospitales del IESS de Babahoyo y Teodoro Maldonado Carbo; y, a la determinación de los subsidios, en las Direcciones Provinciales del Guayas y Los Ríos en el IESS, ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, por el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2014 y el 31 de diciembre de 2015, fue aprobado el 11 de noviembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 36396-DAI de 16 de diciembre de 2016, servidora que a su vez, con memorando IESS-AI-2016-2134 y 2141-ME de 20 de diciembre de 2016, comunicó a la Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y al Director Médico del Hospital General de Babahoyo, encargado, respectivamente.

El informe contiene 6 recomendaciones, de las cuales 5 se encuentran cumplidas y 1 parcialmente cumplida, que se cita a continuación:

CIENTO DIECINUEVE

“... Archivos en desorden, no permitió la entrega de certificados médicos para su análisis .-Al Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado del Hospital General del IESS de Babahoyo .-6. Verificará que el personal a su cargo, mantenga el archivo de los certificados médicos, en orden cronológico, empastado y debidamente identificado, que permitan su fácil localización e identificación (...).”

Situación actual:

La Directora Administrativa del Hospital General – Babahoyo con memorando IESS-HG-BA-DA-2017-0229-M de 1 de febrero de 2017 puso en conocimiento de la Asistente Administrativa Hospital General Babahoyo las recomendaciones emitidas en el informe DAI-AI-1172-2016, en las que constó la número 6; y solicitó difundir y realizar el seguimiento, servidora que con memorandos IESS-HG-BA-DA-2017-0231 y 0321-M de 1 y 8 de febrero de 2017 solicitó al Asistente Administrativo-Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado el cumplimiento de la referida recomendación, quien mediante memorando IESS-HG-BA-SA-2017-0149-M de 24 de febrero de 2017, informó lo siguiente:

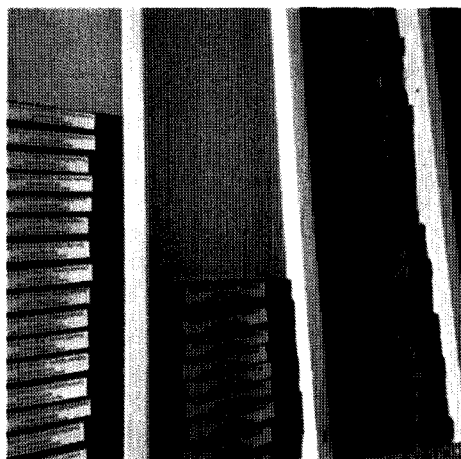
“... Los certificados ingresados al sistema de subsidios se encuentran archivados y en orden cronológico (sic) en base a su ingreso y de manera mensual en carpetas TIPO FOLDER y rotuladas con el mes correspondiente. Debo indicar que dichos archivos no se encuentran empastados a lo mismo que se dara (sic) gestion (sic) en cordonación (sic) con servicios generales para así cumplir con la disposición de control de auditoria (...).”

La Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado con memorando IESS-HG-BA-SA-2018-0245-M de 21 de junio de 2018 entregó al equipo auditor copia de los memorandos IESS-HG-BA-SA-2017-0255, 0553, 0563 y 0565-M de 18 de abril, 31 de agosto, 4 y 5 de septiembre de 2017, emitidos por el Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado y las Oficinistas del Hospital General Babahoyo, mediante los cuales solicitaron a la Directora Administrativa Hospital General Babahoyo, Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado y al Responsable de Adquisiciones y Compras Públicas Hospital General Babahoyo, en su orden, el empastado de los certificados médicos, sin recibir respuesta, a pesar de que el primer memorando, fue trasladado por la Directora Administrativa Hospital General Babahoyo

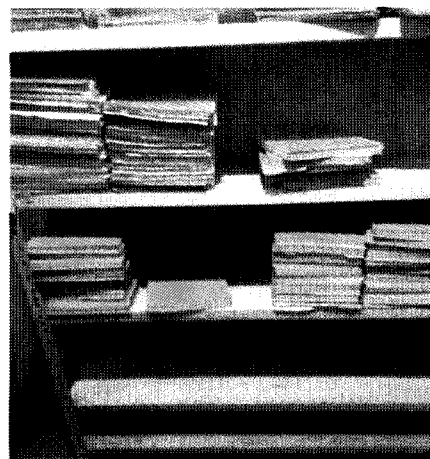
CIENTO VEINTE 

mediante memorando IESS-HG-BA-DA-2017-1113-M de 20 de abril de 2017 al Responsable de Adquisiciones y Compras Públicas, no fue atendido.

En la visita al Hospital General Babahoyo realizada por el equipo auditor el 4 de junio de 2018, conjuntamente con la Responsable del Servicio al Asegurado, se verificó que los certificados hasta el 31 de agosto de 2017 fueron empastados, no así desde el 1 de septiembre de 2017 hasta el 30 de abril de 2018, fecha de corte del examen especial, mismos que se mantienen ubicados en las estanterías del archivo de la Unidad de Servicio al Asegurado sin su respectiva identificación, por lo que la recomendación 6 del informe DAI-AI-1172-2016, se encuentra parcialmente cumplida, como se demuestra:



31 de agosto de 2017



30 de abril 2018

Cabe aclarar que la Oficinista – Responsable de la Unidad de Servicio al Asegurado en funciones entre el 1 y 30 de abril de 2018 no fue informada sobre el cumplimiento de la citada recomendación.

Lo comentado se presentó, por cuanto el Asistente Administrativo - Responsable de Servicio al Asegurado Hospital General Babahoyo, en funciones entre el 20 de marzo de 2017 y el 4 de abril de 2018 no efectuó acciones tendientes al cumplimiento de la recomendación 6 del informe DAI-AI-1172-2016, por cuanto no realizó el seguimiento a las solicitudes ni insistió a fin de que los certificados médicos sean empastados, por tanto se considera incumplida esta recomendación, lo que originó que éstos se

CIENTO VEINTE Y UNO 

encuentren ubicados en las estanterías del archivo de la Unidad de Servicio al Asegurado sin ser identificados, limitando su fácil localización, inobservando lo establecido en el artículo 92.- Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales con oficio 0183-0008-IESS-AI-2018 de 10 de agosto de 2018 al Asistente Administrativo - Responsable de Servicio al Asegurado Hospital General Babahoyo, sin recibir respuesta.

Conclusión

El Asistente Administrativo - Responsable de Servicio al Asegurado Hospital General Babahoyo, no efectuó acciones tendientes al cumplimiento de la recomendación 6 del informe DAI-AI-1172-2016, por cuanto no realizó el seguimiento a las solicitudes ni insistió a fin de que los certificados médicos sean empastados, por tanto se considera incumplida esta recomendación, lo que originó que éstos se encuentren ubicados en las estanterías del archivo de la Unidad de Servicio al Asegurado sin ser identificados, limitando su fácil localización.

10. Informe DAI-AI-1225-2016

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 Santa Elena, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2016, fue aprobado el 27 de diciembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS mediante oficio 01225 DAI de 19 de enero de 2017, servidora que a su vez, con memorandos IESS-AI-2017-0054 y 0056-ME de 25 de enero de 2017 comunicó a la Directora General del IESS y al Director Provincial Santa Elena.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, con memorando IESS-DG-2017-0188-M de 31 de enero de 2017 dispuso al Director

CIENTO VEINTE Y DOS *[Firma]*

Provincial Santa Elena el cumplimiento de las 9 recomendaciones, de las cuales 8 fueron cumplidas y 1, se encuentra parcialmente cumplida, conforme se presenta a continuación:

“... Procedimiento por ínfima Cuantía con certificación presupuestaria emitida posterior a la orden de compra y recepción de bienes y no publicados en el Portal de Compras Públicas .-Al Director Provincial del IESS de Santa Elena .-7. Dispondrá y vigilará que el servidor Encargado del portal de Compras Públicas, publique a través de la herramienta "Publicaciones de Ínfima Cuantía", las adquisiciones llevadas a cabo en la Dirección Provincial, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las contrataciones (...).”

Situación actual:

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, mediante memorandos IESS-DG-2017-0188-M de 31 de enero 2017 e IESS-DG-2018-00736-M de 19 de marzo de 2018, en su orden; y, la Asesora – Responsable del G.T. Comisión de Seguimiento con memorando IESS-DPG-2017-1241-M de 10 de marzo de 2017, solicitaron al Director Provincial Santa Elena la aplicación de las 9 recomendaciones establecidas en el informe DAI-AI-1225-2016; así como, la elaboración de la Matriz de Implementación, misma que fue remitida mediante memorando IESS-DPSE-2017-0201-M de 3 de febrero de 2017, en la que constó 30 días de plazo para el cumplimiento de las recomendaciones.

El Director Provincial Santa Elena, subrogante con memorando IESS-DPSE-2017-0417-M de 21 de marzo de 2017, en relación al cumplimiento de la recomendación 7 del informe DAI-AI-1225-2016, informó a la Asesora – Responsable del G.T. Comisión de Seguimiento, con copia al Oficinista – Servidor de la Unidad de Adquisiciones, Bienes y Servicios, lo siguiente:

“... Actividades a ejecutar.- SE SERVIRÁ REMITIR... UN INFORME MENSUAL QUE CONTENDRÁ EL DETALLE DE LAS ÍNFIMAS CUANTÍAS PUBLICADAS EN EL PORTAL DE COMPRAS PÚBLICAS DEL MES ANTERIOR, HASTA EL DIA 8 DE CADA MES. .-Responsables.- AB..., ENCARGADO DE BIENES Y SERVICIOS (...).”

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General mediante memorandos IESS-DG-2017-0946 y 1492-M de 19 de mayo y 28 de julio de 2017, informó al Director Provincial Santa Elena y al Subdirector General del IESS que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1225-2016, se encuentra en proceso de

CIENTO VEINTE Y TRES (23)

aplicación, registrando un avance del 88,89%, servidor que con memorando IESS-DPY-2017-1060-M de 1 de agosto de 2017, adjuntó la captura de pantalla del sistema oficial de contratación pública, correspondiente a los meses de junio y julio de 2017, donde se observó información publicada en dicha herramienta y comunicó lo siguiente:

"...con memorando IESS-DPSE-2017-0417-M del 21.03.2017, se informa que se ha solicitado las claves de acceso para el Ab... ex funcionario de esta dependencia. - ...con fecha 17 de junio del 2017, se delega a las Srta. Ing..., Oficinista del Área Administrativa Financiera, ejecutar los procesos de ínfimas cuantía, y publicar en la página de Compras Públicas a través de la herramienta "Publicaciones de ínfima cuantía", las adquisiciones llevadas a cabo en la Dirección Provincial de Santa Elena, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron las contrataciones. A partir de mencionada (sic) fecha se realizaron los seguimientos y publicaciones en el portal antes mencionado (...)"

Al respecto, se verificó que el memorando IESS-DPY-2017-0841-M con el que se actualizó las funciones a la Oficinista es del 14 de junio de 2017, en el que entre otras funciones, constó la ejecución de procesos de ínfima cuantía.

El Director Provincial Santa Elena, encargado, con memorando IESS-DPY-2018-0263-M de 8 de febrero de 2018, designó al Oficinista - Responsable de la Unidad Administrativa Financiera como Operador del Portal de Compras Públicas, encargado de subir las ínfimas cuantías al portal de compras públicas, quien con memorando IESS-UPAFY-2018-0142-M de 9 de marzo de 2018, le informó las novedades presentadas al momento de efectuar esta diligencia, en los siguientes términos:

"...2. El compañero ..., encargado de tramitar pagos de los procesos de ínfimas cuantías, el día 28.02.2018 me indico (sic) que no iba a poder facilitarme el reporte mensual de las ínfimas de ese mes, por cuestiones laborales y me consulto (sic) si podía enviarlo al siguiente día (01.03.2018), ante lo cual accedí positivamente. Al no haber recibido la inducción, desconocía que el registro de la información en el portal debía ser máximo hasta el ultimo (sic) día de ese mes. Pasada esa fecha, el sistema se cierra y ya no permite ingresarlo, sino en el siguiente mes.- ... Se registraron las facturas correspondientes al mes de Febrero dentro del mes de Marzo, indicando en "observaciones" la novedad (...)"

Así también, con memorando IESS-UPAFY-2018-0230-M de 27 de abril de 2018, comunicó a la Directora Provincial Santa Elena, encargada, lo siguiente:

"... El Econ. ..., encargado de tramitar los procesos de ínfimas (sic) cuantías (sic), me remitió (sic) copia de 20 facturas con sus respectivos oficios de solicitud de pago para el registro en el portal de compras públicas (sic),
CIENTO VEINTE Y CUATRO (63)

pudiendo ingresar solamente los datos de 16 de ellas, ya que las otras 4 se encuentran inhabilitadas en el Sercop (sic), y por lo tanto no me permite su registro (...)."

La Responsable de la Unidad Provincial Administrativa Financiera Santa Elena, en atención al memorando IESS-AI-2018-0601-ME de 16 de mayo de 2018, suscrito por el Jefe de Equipo, con memorando IESS-UPAFY-2018-0272-M de 30 de mayo de 2018, informó que la Directora Provincial de Santa Elena, encargada, que una vez verificada la información elevada al portal de compras públicas, constató que no todos los procesos de ínfima cuantía fueron publicados; y, adjuntó el detalle de las adquisiciones efectuadas bajo esta modalidad, desde enero de 2017 hasta abril de 2018, estableciéndose que se realizaron 51, de las cuales 34, no se encuentran publicadas en el portal de compras públicas, como se demuestra en anexo 6, por lo que la recomendación 7 del informe DAI-AI-1225-2016, se encuentra parcialmente cumplida.

Lo comentado se presentó debido a que los Directores Provinciales Santa Elena, encargados y titular, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 6 de julio de 2016; y entre el 7 de julio de 2016 y el 12 de diciembre de 2017; entre el 20 de diciembre de 2017 y el 19 de enero de 2018; entre 22 de enero de 2018 y el 31 de marzo de 2018 y, entre el 2 de abril de 2018 y el 30 de abril de 2018, no vigilaron que los Oficinistas publiquen a través de la herramienta "*Publicaciones de ínfima cuantía*" del portal de compras públicas, las adquisiciones bajo esta modalidad, llevadas a cabo en la Dirección Provincial, durante el transcurso del mes en el cual fueron realizadas, a fin de cumplir la recomendación 7 del informe DAI-AI-1225-2016, misma que se encuentra parcialmente cumplida; además, el Oficinista, en funciones entre el 30 de noviembre de 2016 y el 28 de abril de 2017; la Oficinista posterior Asistente Administrativo, en funciones entre el 14 de junio de 2017 y el 30 de agosto de 2017 y, entre el 1 de septiembre de 2017 y el 9 de febrero de 2018; y el Oficinista en funciones entre 8 de febrero de 2018 y el 30 de abril de 2018, no publicaron a través de la citada herramienta del portal de compras públicas, 29 adquisiciones de ínfima cuantía, correspondientes a 5, 19 y 5, en su orden, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron, lo que ocasionó que el referido portal, no cuente con información actualizada y no se transparente los procesos realizados bajo esta modalidad, incumpliendo lo establecido en el artículo 92.- Recomendaciones de Auditoría de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y, las Normas de Control Interno 600-01 Seguimiento continuo o en operación y 600-02 Evaluaciones periódicas.

CIENTO VEINTE Y CINCO 

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios 0173, 0174, 0175, 0176, 0177 y 0178-0008-IESS-AI-2018 de 8 de agosto de 2018, a los Directores Provinciales IESS Santa Elena, encargados y titular, Oficinistas y al Asistente Administrativo, obteniendo las siguientes respuestas:

El Director Provincial IESS Santa Elena, en funciones entre 20 de diciembre de 2017 y el 19 de enero de 2018, en respuesta a la comunicación de resultados, mediante oficio 001-CJAZ-2018 de 22 de agosto de 2018, expuso:

"...en este brevísimo período que estuve al frente de la Dirección Provincial, ... con el objeto de transparentar estos procesos administrativos y financieros; mediante Memorando IESS-DYP-2018-0263-M de fecha 8 de febrero de 2018, se delegó para esta actividad al Ing.... en calidad de responsable de la unidad Administrativa-Financiera.- ... queda demostrado que mientras estuve al frente de la Dirección Provincial se procedió a implementar las medidas de control acorde a los lineamientos de la Contraloría General del Estado (...)"

El Director Provincial IESS Santa Elena, en funciones entre 7 de julio de 2016 y el 12 de diciembre de 2017, mediante comunicación de 28 de agosto de 2018, en respuesta a la comunicación de resultados, expuso:

"...procedo a adjuntar los Memorando Nro. IESS-DPSE-2016-1488-M y Memorando Nro. IESS-DPY-2017-1269-M donde los funcionarios fueron designados y recibieron instrucciones y disposiciones sobre sus roles, dentro del cual estaban las de registrar las ínfimas cuantías al SERCOP.- De acuerdo a la Ley de Seguridad Social, en cuanto a las atribuciones y deberes del director provincial, en su artículo 38 literal d,... indica que debe "ADMINISTRAR, los recursos humanos y materiales...", y nunca habla de VIGILAR los recursos humanos, por cuanto la administración y gestión se dio cuando la disposición fue emitida en los memos mencionados para cumplimiento y ejecución de las políticas establecidas y que corresponde como deberes y obligaciones de cada funcionario (...)"

Lo expuesto por los Directores Provinciales del IESS Santa Elena no modifica lo comentado por auditoría en razón de que pese a las instrucciones asignadas a los funcionarios responsables, las adquisiciones bajo modalidad de ínfima cuantía no fueron publicadas en el portal de compras públicas durante el transcurso del mes en el cual fueron realizadas.

El Oficinista en funciones entre 8 de febrero de 2018 y el 30 de abril de 2018, mediante memorando IESS-UPAFY-2018-0438-M de 30 de agosto de 2018, en respuesta a la comunicación de resultados, informa que:

CIENTO VEINTE Y SEIS

“...Con fecha 08.02.2018 a través de memorando IESS-DPY-2018-0263-M me delegan las actividades de registrar en el portal de compras públicas los procesos de ínfima cuantía que se procesen dentro del mes en curso... - ... durante en el mes de Marzo 2018 se recibieron 19 facturas con sus respectivos oficios, pudiendo registrarse solamente 16 de ellas, dado que las tres restantes no se encontraban habilitadas en el sistema del SERCOP. En el mes de Abril 2018, sucedió algo parecido, lo que fue comunicado a la Directora encargada a través de memo IESS-UPAFY-2018-0230-M, detallando haber recibido 20 facturas para el registro y pudiendo registrar solo 16 procesos de ínfima cuantía, por el mismo motivo del mes anterior (...).”

Lo expuesto por el Oficinista no modifica lo comentado por auditoría en razón de que pese al desconocimiento del manejo del portal de compras públicas, no solicitó una inducción al respecto, lo que ocasionó que varias adquisiciones bajo modalidad de ínfima cuantía no fueron publicadas en el portal de compras públicas durante el transcurso del mes en el cual fueron realizadas.

Conclusión

Los Directores Provinciales Santa Elena, no vigilaron que los Oficinistas publiquen a través de la herramienta “Publicaciones de ínfima cuantía” del portal de compras públicas, las adquisiciones bajo esta modalidad, llevadas a cabo en la Dirección Provincial, durante el transcurso del mes en el cual fueron realizadas, a fin de cumplir la recomendación 7 del informe DAI-AI-1225-2016, misma que se encuentra parcialmente cumplida; además, los Oficinistas y la Oficinista posterior Asistente Administrativo, no publicaron a través de la citada herramienta del portal de compras públicas, 29 adquisiciones de ínfima cuantía, correspondientes a 5, 19 y 5, en su orden, durante el transcurso del mes en el cual se realizaron, lo que ocasionó que el referido portal, no cuente, con información actualizada y no se transparente los procesos realizados bajo esta modalidad.

11. Informe DAPyA-AI-0013-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial a la declaratoria de emergencia y a los procesos precontractual, contractual, ejecución, liquidación de los contratos de obras y adquisición de bienes y servicios, registro, utilización y destino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, fue aprobado el 1 de agosto de 2016 por el Director de Auditoría de Proyectos y Ambiental de la Contraloría General del Estado y remitido a la

CIENTO VEINTE Y SIETE 

Auditora Interna Jefe del IESS con oficio 28847 DAPyA de 6 de octubre de 2016, servidora que a su vez, con memorado IESS-AI-2016-1671-ME de 12 de octubre de 2016, comunicó al Gerente General del Hospital de Especialidades-Teodoro Maldonado Carbo, encargado, la aplicación de las 7 recomendaciones, de las cuales 4 se encuentran cumplidas y 3 no aplicables que constan en anexo 4.

12. Informe DAPyA-AI-0024-2016

El informe fue emitido como producto del examen especial de Ingeniería a los procesos precontractual, contractual, ejecución, liquidación de los contratos de obras; registro y utilización, en el Hospital José Carrasco Arteaga, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de abril de 2016, fue aprobado el 5 de diciembre de 2016 por la Directora de Auditorías Internas, encargada de la Contraloría General del Estado y remitido a la Auditora Interna Jefe del IESS con oficio 37622 DAPyA de 28 de diciembre de 2016, servidora que a su vez, con memorados IESS-AI-2017-0017 y 0018-ME de 13 de enero de 2017, comunicó al Gerente General del Hospital de Especialidades-José Carrasco Arteaga y a la Directora General del IESS, en su orden.

El informe contiene 6 recomendaciones, de las cuales 2 se encuentran cumplidas, 3 no son aplicables y 1 parcialmente cumplida, que se cita a continuación:

“...Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones .-Al Director del Hospital José Carrasco Arteaga.-2- Dispondrá y vigilará que el Coordinador General Administrativo y el Jefe de Transporte, seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificio, preparen programas de mantenimiento tanto del edificio como del equipo fijo del Hospital y proponga las reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital (...).”

Situación actual:

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General mediante circular IESS-DG-2017-0001-C de 23 de enero de 2017 solicitó al Director y al Gerente General del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga observar y disponer la aplicación inmediata de la recomendación 2; y, con memorando IESS-DG-2017-1324 de 14 de julio de 2017, solicitó al Director y al Gerente General del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, que se le informe el estado de aplicación de esta recomendación, con el sustento documental pertinente; sin evidenciar

CIENTO VEINTE Y OCHO 

respuestas por parte de los citados funcionarios, ante lo cual el Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-1339-M de 17 de julio de 2017 comunicó al Subdirector General del IESS que las recomendaciones constantes en el informe DAPyA-AI-0024-2016, no presentan avance alguno.

El Subdirector General del IESS con memorandos IESS-SDG-2017-0005-C de 31 de julio de 2017; e, IESS-SDG-2017-0304 y 0359-M de 1 de septiembre y 5 de octubre de 2017, insistió al Director y al Gerente General del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga informar sobre el avance del cumplimiento de la recomendación 2; al no haber tenido respuesta a lo requerido, solicitó con memorando IESS-SDG-2017-0054-M de 19 de octubre de 2017 al Subdirector Nacional de Gestión de Talento Humano, proceder con las acciones administrativas correspondientes contra los funcionarios citados.

El Gerente General del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga con memorando IESS-HJCA-GG-2017-2896-M de 1 de diciembre de 2017, remitió al Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General, la *“Matriz mantenimiento Anual y Trimestral HCJA”*, como evidencia de cumplimiento de la recomendación 2, en cual se incluyó la planificación y ejecución de los mantenimientos de infraestructura del 2017, sin constar en su totalidad las observaciones por las cuales no se cumplió el cronograma.

El Planificador – Coordinador de la Comisión de Seguimiento de la Dirección General con memorando IESS-DG-2017-2235-M de 12 de diciembre de 2017 informó al Gerente General del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga lo siguiente:

“...esta Comisión de Seguimiento de la Dirección General, tomó nota de las acciones ejecutadas sobre su área de gestión...agradeceré informar sobre el avance de cumplimiento de todas aquellas recomendaciones que según usted indica se encuentran “...a la espera de respuesta (...)”.

El Coordinador General Administrativo del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, con memorando IESS-HJCA-CGA-2018-0750-M de 26 de febrero de 2018 puso en conocimiento del Jefe de Transporte Seguridad y Guardianía Construcción y Mantenimiento de Edificios, subrogante, la recomendación 2 emitida en el informe DAPyA-AI-0024-2016.

CIENTO VEINTE Y NUEVE 

El Director del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, en respuesta al Jefe de Equipo, con memorando IESS-HCJA-CGA-2018-2308-M de 18 de junio de 2018 adjuntó documentación en relación al cumplimiento de la recomendación 2, la cual incluyó la *"MATRIZ DE EQUIPOS MÉDICOS 2018"*, aprobada por el Director Administrativo, en la cual no constó la fecha de elaboración y aprobación, ni los periodos de inicio de ejecución del mantenimiento de los equipos; así también, se adjuntó el documento denominado: *"CUADRO BASE PARA ELABORAR PLAN DE MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA 2018"* elaborado el 2 de enero de 2018, mismo que fue aprobado por el Director del Hospital.

La Oficinista con memorando IESS-HJCA-D-2018-1712-M de 3 de agosto de 2018 remitió en respuesta al Jefe de Equipo los memorando ESS-HJCA-JATSGCME-2018-1426-M e IESS-HJCA-CGGA-3295-M de 3 de agosto de 2018, suscritos por el Jefe de Transporte Seguridad y Guardianía Construcción y Mantenimiento de Edificios, subrogante y el Coordinador General Administrativo, encargado, respectivamente, quienes a su vez adjuntaron la *"MATRIZ DE EQUIPOS MÉDICOS 2017"* en la que se refleja el cronograma de mantenimiento preventivo de 1708 equipos médicos e indicaron en términos similares lo siguiente:

"...por el gran tamaño del archivo...no es posible imprimir para firmas, sin embargo avalo su contenido e indico que la ejecución fue en un 75,5%...Adicional informo que para varios equipos de alta y mediana complejidad, se cuentan con contratos de Mantenimiento con empresas externas, por lo que varios de los mantenimientos preventivos de estos equipos fueron ejecutados por el personal técnico autorizado de las empresas contratadas (...)"

Sin embargo, las matrices entregadas por los servidores antes citados, no constituyeron un programa de mantenimiento; por cuanto no constaron con las actividades rutinarias y en las paradas programadas, periodicidad de manteamientos de acuerdo a características de los equipos y programación presupuestaria para la ejecución de los mantenimientos; por lo cual se considera la recomendación parcialmente cumplida.

Lo comentado se presentó debido a que los Directores del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, titulares y encargado en funciones entre el 1 de noviembre de 2016 y el 30 de mayo de 2017; 1 de junio de 2017 y el 15 de octubre de 2017; y 16 de octubre de 2017 y el 30 de abril de 2018, no dispusieron ni vigilaron que los

CIENTO TREINTA 

Coordinadores Generales Administrativos, titulares y subrogante en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 31 de enero de 2017; entre el 7 de febrero de 2017 y el 31 de mayo de 2017; entre el 1 de junio de 2017 y el 15 de octubre de 2017; y, entre el 16 de octubre de 2018 y el 30 de abril de 2018; y, los Jefes de Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios, en funciones entre el 1 de julio de 2016 y el 17 de marzo de 2017; y, 20 de marzo de 2017 y el 30 de abril de 2018, preparen programas de mantenimiento tanto del edificio como del equipo fijo del Hospital, y propongan las reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital, lo que ocasionó que no exista una planificación técnico-administrativa para contar con planes y programas de mantenimiento para ser ejecutados en esta casa de salud, sin garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos ni asegurar la disponibilidad y la asignación de fondos dentro del PAC para dicho mantenimiento.

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

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 22 de su Reglamento, se comunicó los resultados provisionales, con oficios; 0241, 0243, 0246, 0247, 0248 y 0253-0008-IESS-AI-2018 de 5 de septiembre de 2018 a los Directores del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, Coordinadores Generales Administrativos del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga; y, a los Jefes de Unidad de Transporte, Seguridad y Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificios del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, recibiendo las siguientes respuestas:

El Coordinador General Administrativo, subrogante y titular en funciones entre el 1 de julio de 2017 y el 15 de octubre de 2017; y, 16 de octubre de 2017 y el 31 de mayo de 2018, en comunicación de 13 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0246-0008-IESS-AI-2018, expuso lo siguiente:

"...1...el programa anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos y programas de mantenimiento de activos y edificios el protocolo del programa de mantenimiento...MATRIZ DE EQUIPOS MÉDICOS provee la información básica sobre los mantenimientos realizados...2.Plan de mantenimiento en la

CIENTO TREINTA Y UNO 

página web HJCA.IESS donde puede evidenciarse la existencia del documento denominado protocolo programa de mantenimiento...aprobado desde el año 2016...3. Memorandum HJCA-GG-2018-0982-M en el cual se indica la definición del responsable para la gestión del plan de mantenimiento...4.certificaciones PAC...para realizar mantenimientos ya sea de equipos médicos o de infraestructura (...)".

Lo expuesto por el servidor no modifica lo comentado, por cuanto lo detallado en los puntos 2 y 3 fue información considerada como materia de análisis en el presente informe, así como también, contiene datos únicamente acerca de los programas de mantenimiento de equipos médicos donde no se evidencia las acciones ejecutadas y reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital en cuanto a programas de mantenimiento de infraestructura del edificio.

El Director y Coordinador General Administrativo del Hospital de Especialidades del Hospital José Carrasco Arteaga en funciones entre el 13 de junio de 2017 y el 21 de mayo de 2018; y, 7 de febrero de 2017 y el 15 de octubre de 2017, en su orden, en comunicación de 21 de septiembre de 2018, en respuesta al oficio 0243-0008-IESS-AI-2018, expuso lo siguiente:

"...se solicitó al Jefe de Transporte, Seguridad, Guardianía, Construcción y Mantenimiento un informe sobre el estado actual de todos los equipos del Hospital...se solicita al Director Administrativo que disponga el levantamiento de inventario de equipos que existían en el subsuelo del hospital, así que con oficio Nro. IESS-HJCA-D-2017-0537-M, Nro. IESS-HJCA-CGTIC-2017-0120-M. El Director Administrativo del HJCA dispone la revisión de los equipos y el inventario de los mismos...con la matriz depurada se inicia el plan de mantenimiento para ser cargado en el PAC 2018 y se envía un correo electrónico el 5/10/2017 a la Subdirector Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud..., cabe recalcar que quincenalmente se enviaba un informe general del hospital HJCA a servicios dignos en el cual incluía el estado a esa fecha de los equipos del hospital. El 28/11/2017 con oficio Nro. IESS-HJCA-D-2017-1242-M el listado de Equipos médicos y maquinaria que fueron solicitados con oficio Nro. IESS-SDNFSS-2017-6363-M Suscrito por el Subdirector Nacional Financiero del Seguro de Salud, con el fin de coordinar la elaboración de un plan de mantenimiento y adquisiciones de equipamiento sanitario (...)".

Lo expuesto por el Director y Coordinador General Administrativo del Hospital de Especialidades del Hospital José Carrasco Arteaga, no modifica el comentario de auditoría por cuanto no se evidencia las acciones ejecutadas para el mantenimiento y reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital en cuanto al mantenimiento de infraestructura del edificio, así como tampoco existe evidencia

CIENTO TREINTA Y DOS 

documentada acerca de los reportes quincenales a los que hace mención dicho servidor.

El Director del Hospital de Especialidades del Hospital José Carrasco Arteaga entre el 1 de noviembre de 2016 y el 31 de mayo de 2017, con comunicación 20 de septiembre de 2018, en atención al oficio 0241-0008-IESS-AI-2018 expuso lo siguiente:

“...en mi calidad de Director se generaron los Memorandos...Nro.IESS-HJCA-D-2017-0329-M de fecha 17 de marzo de 2017, se dispuso tanto a los Coordinadores Administrativos como Jefes de Mantenimiento en funciones el cumplimiento de la recomendación...En el caso de la primera solicitud de fecha 30 de Enero, se obtuvo una respuesta del entonces Coordinador Administrativo...a través de Memorado...Nro. IESS-HJCA-2017-0192-M según el cual adjunto una matriz en la que el Jefe de Mantenimiento de esa época...señaló que el plazo de la elaboración e implementación del Hospital era del primer y segundo trimestre del año 2017...Esta matriz con las fechas tentativas se remitieron a la Dirección Provincial con memorando...Nro.IESS-HJCA-D-2017-0120-M de fecha 01 de febrero de 2017...mediante Memorando...Nro. IESS-HJCA-D-2017-0092-M , informe a la Subdirectora General del IESS...que se habían terminado relaciones con la empresa Maldonado Fiallo y que las actividades de mantenimiento las asumía el personal interno y las contrataciones de mantenimiento de equipos preventivo y correctivo se las realizaría desde la Jefatura de Mantenimiento...desde la Dirección se continuo con el seguimiento y coordinación para el plan de mantenimiento habiendo sido necesaria una nueva toma física de equipos médicos ubicados en el subsuelo ...dispuesta mediante Memorando... Nro. IESS-HJCA-D-2017-0537-M de fecha 05 de Mayo de 2017...Se dispuso también el cumplimiento de los lineamientos para Plan de Mantenimiento mediante Memorando adjunto Nro.IESS-HJCA-D-2017-0597-M de 18 de Mayo de 2017 (...).”

Lo expuesto por el Director del Hospital de Especialidades del Hospital José Carrasco Arteaga entre el 1 de noviembre de 2016 y el 31 de mayo de 2017, no modifica el comentario de auditoría por cuanto a pesar de haber informado *que las actividades de mantenimiento las asumía el personal interno y las contrataciones de mantenimiento de equipos preventivo y correctivo se las realizaría desde la Jefatura de Mantenimiento*, no se evidencia las acciones ejecutadas para el mantenimiento y reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital en cuanto a la infraestructura del edificio junto con planes y programas de para ser ejecutados en ésta casa de salud.

Conclusión

Los Directores del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga no dispusieron ni vigilaron que los Coordinadores Generales Administrativos; y, los Jefes de

CIENTO TREINTA Y TRES

Transporte, Guardianía, Construcción y Mantenimiento de Edificio, preparen programas de mantenimiento tanto del edificio como del equipo fijo del Hospital, y propongan las reformas correspondientes al PAC y Presupuesto del Hospital, por lo que la recomendación 2 se considera parcialmente cumplida; lo que ocasionó que no exista una planificación técnico-administrativa para contar con planes y programas de mantenimiento para ser ejecutados en esta casa de salud, sin garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos ni asegurar la disponibilidad y la asignación de fondos dentro del PAC para dicho mantenimiento.

Recomendaciones

Al Director General

1. Elaborará un cronograma con las recomendaciones incumplidas y parcialmente cumplidas que contengan al menos un detalle de las mismas, responsables de su cumplimiento, plazo y medios documentales de verificación, y supervisará con la finalidad de asegurar el cumplimiento de las recomendaciones, en los plazos previstos en la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
2. De las recomendaciones no aplicables en el período sujeto a examen, en virtud de no haberse presentado operaciones administrativas y financieras o hechos que hubiesen permitido su implementación, que corresponden a los informes: DAI-AI-1077-2016, DAI-AI-1096-2016; DAPyA-AI-0013-2013 y DAPyA-AI-0024-2016, recomendaciones 1; 14; 3, 5 y 6; 1, 5 y 6, en su orden, conforme consta en anexo 4, dispondrá a los servidores a quienes están dirigidas, su implementación al momento en que se produzcan estas operaciones o hechos, considerando la normativa vigente, de lo cual realizará la supervisión respectiva.

Atentamente,


Ing. Marco Antonio Guevara Daqui
Auditor Interno Jefe del IESS

CIENTO TREINTA Y CUATRO 