

CONTROL GUBERNAMENTAL Y NORMATIVA RELACIONADA

CPC. CARLOS LEVANO ARBULU

TALLER PRACTICO 2



CASO 1

OBRA RELLENO SANITARIO DE BAGUA



ASPECTOS RELEVANTES DE LA AUDITORÍA n.º 1

LA OBRA DEL RELLENO SANITARIO DE BAGUA TERMINÓ EL 24 DE FEBRERO DE 2017, SIN EMBARGO EL CERTIFICADO POR TÉRMINO DE PERIODO DE RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS, QUE DEBÍA SER EMITIDO EN 12 MESES, SE EMITIÓ EL 10 DE MAYO DE 2018.

De acuerdo al numeral CGC 1.1 (m) de las Condiciones Específicas del Contrato n.º 001- 2016-MINAM-VMGA-GICA-OBRA, el Periodo de Responsabilidad por Defectos es de 12 meses, y se contabiliza desde la fecha de terminación de la obra; asimismo, según la cláusula 35.1 de las Condiciones Generales del Contrato, el Periodo de Responsabilidad por Defectos se prorrogará mientras queden defectos por corregir. Considerando que el Periodo de Responsabilidad por Defectos se inició el 24 de febrero de 2017, fecha de terminación de la obra, se solicitó al responsable de la UE 003 -GIGA alcanzar el documento que señale el término del Periodo de Responsabilidad por Defectos, y en caso que éste se haya prorrogado, remitir la documentación que lo sustente.

Al respecto, a partir del requerimiento de la comisión auditora, la UE 003 - GIGA solicitó al Consorcio Fichtner- CYDEP, mediante carta n.º 340-2018-MINAM-VMGA-GICA de 24 de abril de 2018, la emisión del Certificado de Responsabilidad por Defectos o la descripción de las observaciones que corresponda a la ejecución de la obra, reiterando su solicitud con carta n.º 380-2018-MINAM-VMGA/GICA de 10 de mayo de 2018; sin perjuicio a ello, ese mismo día el Consorcio Fichtner - CYDEP, alcanzó a la UE 003: GIGA, el Certificado de Responsabilidad por Defectos con fecha de emisión de 10 de mayo de 2018, sin señalar ninguna observación.

Por lo expuesto, hubo demora en la emisión del Certificado de Responsabilidad por Defectos, a pesar de que el periodo de terminación de la obra culminó el 24 de febrero de 2018.

CONCLUSIÓN

A partir de la solicitud de información realizada por la comisión auditora, la UE 003- GICA solicita al Consorcio Fichtner- CYDEP la emisión del certificado del término del Periodo de Responsabilidad por Defectos, conforme a lo establecido en el contrato n. ° 001-2016- MINAM-VMGA-GICA-OBRA, el cual ha sido emitido con fecha 10 de mayo de 2018, no obstante que dicho periodo culminó el 24 de febrero de 2018.

(Aspecto relevante n.º 6.1)

RECOMENDACIÓN

Disponer que el Coordinador Técnico solicite al término de la culminación del periodo por responsabilidad de defectos, en las obras que correspondan, la presentación del correspondiente certificado al gerente de obras, supervisor de obra o ingeniero, según sea el contrato.

(Conclusión n.º 7)

CASO 2

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE BAGUA



CONTROL INTERNO 2

LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DEL GERENTE DE OBRAS (SUPERVISOR); LIMITA EL SEGUIMIENTO A LAS LABORES DE SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA UE 003- GICA.

La UE 003- GICA contrató al Consorcio Fichtner- CYDEP, para que brinde el "Servicio de consultoría para elaborar estudios, expedientes técnicos, especificaciones técnicas diseño e implementación de planes, así como supervisión de obras, de los servicios de gestión integral de residuos sólidos municipales", correspondiente a los ocho (8) proyectos financiados, entre ellos el proyecto de la Municipalidad Provincial de Bagua.

Con relación a la supervisión de obras, dicho contrato establece que a través de los entregables n.ºs 8, 9 y 10 la consultora debe presentar los informes de conformidad del avance de obra del primer, segundo y tercer mes con la respectiva valorización, y como entregable n.º 11 la liquidación técnica - financiera de la obra, entre otros documentos; asimismo, por cada proyecto se establece un único pago por los entregables n.ºs 8 al 11, para el presente caso S/. 64 531,84, respecto del cual, a la fecha de emisión del presente informe, no se ha desembolsado ningún pago.

CONTROL INTERNO

LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO DEL GERENTE DE OBRAS (SUPERVISOR); LIMITA EL SEGUIMIENTO A LAS LABORES DE SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA UE 003- GICA.

Sin embargo, las condiciones establecidas en el contrato no contemplan mayor detalle para el desarrollo de las labores de supervisión, que las arriba citadas, ya sea durante la ejecución de la obra (informes de conformidad de avance y valorización) o en la etapa de la liquidación.

Los hechos revelados requieren revisar la norma de control interno siguiente:

Normas de Control Interno, aprobadas por Resolución de Contraloría n.° 320- 2006-CG de 30 de octubre de 2006.

3. Norma general para el componente Actividades de Control Gerencial

3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas

Los procesos, actividades y tareas deben ser periódicamente revisados para asegurar que cumplan con los reglamentos, políticas, procedimientos, vigentes y demás requisitos.

CONTROL INTERNO

01 Las revisiones periódicas de los procesos, actividades y tareas deben proporcionar seguridad de que éstos se estén desarrollando de acuerdo con lo establecido en los reglamentos, políticas y procedimientos, así como asegurar la calidad de los productos y servicios entregados por las entidades. Caso contrario se debe detectar y corregir oportunamente cualquier desviación con respecto a lo planeado.

02 Las revisiones periódicas de los procesos, actividades y tareas deben brindar la oportunidad de realizar propuestas de mejora en éstos con la finalidad de obtener una mayor eficacia y eficiencia, y así contribuir a la mejora continua en la entidad.

El hecho expuesto limita el seguimiento a las labores de supervisión por parte de la UE 003-GICA. Los hechos descritos se debieron a la falta de establecimiento de requisitos mínimos para el desarrollo de los entregables del 8 al 11 del contrato suscrito con el Consorcio Fichtner – CYDEP.

Cabe señalar, que las deficiencias reveladas no constituyen necesariamente todos los aspectos de control interno que podrían ser situaciones reportables, debido a que estas fueron identificadas como resultado de la evaluación de las operaciones, procesos, actividades y sistemas relacionados con los objetivos de la auditoría, y no con el propósito de evaluar en su conjunto la estructura de control interno del MINAM.

CONTROL INTERNO 3

AUSENCIA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TRANSFERENCIA DE LA OBRA A LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE BAGUA; OCASIONA QUE SÓLO SE HAYA REALIZADO PARCIALMENTE, ESTANDO PENDIENTE LA REGULARIZACIÓN DE LA TRANSFERENCIA PATRIMONIAL.

De la revisión a la información referida a la transferencia de la obra, se ha evidenciado que mediante "Acta de Entrega Física y Custodia de la Infraestructura de Disposición Final de Residuos Sólidos" de 23 de enero de 2018, suscrita por el Comité de Recepción de la Municipalidad Provincial de Bagua (conformada por un representante de la Gerencia de Residuos Sólidos, Jefe de la Unidad de Limpieza Pública y el Supervisor de Limpieza Pública), y representantes de la UE 003 (Especialista en disposición final en obras y especialista en gestión municipal), se procedió a realizar la "entrega física" de la obra a la Municipalidad Provincial de Bagua.

En la referida Acta, se consignó entre otros puntos, que:

- i) Previamente se realizó una "Pre entrega de las instalaciones a la Municipalidad" de fecha 7 de diciembre de 2017, donde se entregaron los equipos que se encuentran en obra (17 en total).
- ii) La Municipalidad Provincial de Bagua, deberá velar por la adecuada operación y mantenimiento de la obra, velando además por su seguridad y cuidado.

CONTROL INTERNO 3

iii) Una vez culminada la liquidación, la UE 003 - GICA procederá a realizar la transferencia patrimonial correspondiente. Se adjunta el "Acta de compromiso" de 23 de enero de 2018, mediante la cual el Contratista se compromete en un plazo de tres (3) días calendario a realizar acciones como:

- Resanar los extremos finales de rejillas de aguas pluviales (parte posterior de
- caseta de control de balanza y ambientes de almacén).
- Evacuar el agua de lluvia acumulada en la poza de lixiviados.
- Resanar el vano de la puerta de la caseta de control (vigilancia-guardianía).
- Pintar las áreas de resane en vigas en la parte inferior de SSHH.

Así como también, en un plazo de 15 días (sin precisarse si son hábiles o calendario), debería corregir la visualización del tablero eléctrico de la balanza; sin consignarse ante quien debía proceder a informar sobre el levantamiento de observaciones.

CONTROL INTERNO 3

Los hechos revelados requieren revisar la norma de control interno siguiente:

Normas de Control Interno, aprobadas por Resolución de Contraloría n.º 320-2006-CG de 30 de octubre de 2006.

3. Norma general para el componente Actividades de Control Gerencial

3.8. Documentación de procesos, actividades y tareas

Los procesos, actividades y tareas deben estar debidamente documentados para asegurar su adecuado desarrollo de acuerdo con los estándares establecidos, facilitar la correcta revisión de los mismos y garantizar la trazabilidad de los productos o servicios generados.

03. La documentación correspondiente a los procesos, actividades y tareas de la entidad

deben estar disponibles para facilitar la revisión de los mismos.

04. La documentación de los procesos, actividades y tareas debe garantizar una adecuada transparencia en la ejecución de los mismos, así como asegurar el rastreo de las fuentes de defectos o errores en los productos o servicios generados (trazabilidad).

CONCLUSION

La situación descrita ocasiona que la transferencia de la obra sea parcial (entrega física) y por etapas (pre entrega y entrega física), y con ello que posteriormente se regularice la transferencia patrimonial.

Lo expuesto se originó por la falta de mecanismos de control interno para la transferencia Integral de la obra concluida.

CONCLUSION

La UE 003 - GICA hizo una pre- entrega de los equipos instalados en el relleno sanitario de Bagua, realizando posteriormente su entrega física, acto en el cual se suscitaron observaciones por corregir por parte del contratista, sin quedar establecido ante quienes se debía presentar su levantamiento; quedando pendiente de regularización la transferencia patrimonial hasta la fecha; lo cual genera que la transferencia de la obra sea parcial (entrega física) y por etapas (pre entrega y entrega física), y con ello que posteriormente se regularizase la transferencia patrimonial, debido a la falta de mecanismos de control por lo cual es necesario que se revisen las Normas de Control Interno relacionadas con documentación de procesos, actividades y tareas.

(Deficiencia de control interno n.º 4).

RECOMENDACION

Se elaboren y aprueben procedimientos para el proceso de la transferencia física y patrimonial de las obras concluidas de rellenos sanitarios.

(Conclusión n.º 5).

CASO 3

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



HECHO ADVERTIDO

LA EMPRESA IMÁGENES DIGITALES DIAGNOSTICAS S.A.C. GANADORA DE LA BUENA PRO DEL CONCURSO PÚBLICO N.º 003-2018-HMA “CONTRATACIÓN DEL SERVICIO TERCERIZADO DE TOMOGRAFÍA PARA EL AÑO 2018”, PRESENTA UNA CONSTANCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS QUE NO HA SIDO VALIDADA POR LA OFICINA DE LOGISTICA POR EL IMPORTE DE S/. 1’500,702.00, LO CUAL PONE EN RIESGO LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.

Las Bases Integradas del Concurso Público n.º003-2018-HMA “Contratación del Servicio Tercerizado de Tomografía para el año 2018”, en el literal C Experiencia del postor (pag.36), C.1 Facturación, señala la acreditación que el postor deberá presentar, según el siguiente detalle:

C EXPERIENCIA DEL POSTOR

C.1 FACTURACION

REQUISITOS

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/.5'979,855.94 (Cinco millones novecientos setenta y nueve mil ochocientos cincuenta y cinco con 94/100 soles por la contratación de servicios similares al objeto de la convocatoria y/o en la actividad, durante un periodo de OCHO (8) AÑOS, a la fecha de presentación de ofertas”.

(...)

Acreditación

Copia simple de contratos u órdenes de servicios y su respectiva conformidad por la prestación efectuada; o comprobantes de pagos cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, (no se aceptaran Declaraciones juradas), con voucher de depósito, reporte de estado de cuenta, cancelación en el documento, entre otros (...).”

A través del correo electrónico de fecha 18 de setiembre de 2018, el Órgano de Control Institucional solicitó a la Jefa del Órgano de Control Institucional – OCI del Hospital Nacional Dos de Mayo, se sirva informar la conformidad de la veracidad del Contrato n.º639-2011-HNDM “Tercerización del servicio de exámenes de tomografía espiral multicorte” y de la Constancia de Prestación de Servicios.

“En cuanto a la Validez de la Constancia de Prestación de Servicios de 3 de noviembre de 2014 a la Empresa: IMÁGENES DIGITALES DIAGNÓSTICAS S.A.C., se le informa que esta Jefatura de la Oficina de Logística No Valida este documento, porque no ha sido emitido por esta Oficina”.



ASOCIACIÓN PERUANA DE CONSULTORÍA

50 Años

RESPUESTA LOGISTICA

“En lo que concierne a la emisión de la Constancia de Prestación de Servicios de fecha 3 de noviembre de 2014 a la Empresa: IMÁGENES DIGITALES DIAGNÓSTICAS S.A.C. No fue elaborada por la Oficina de Logística, porque contamos con un Formato establecido para las Constancias de Prestación de Bienes y Servicios, elaborado de acuerdo al Artículo 178° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado de aquel año, actualmente de acuerdo al Artículo 145° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado que fue modificado de acuerdo al Decreto Supremo N° 056-2017-EF publicado el 19 de marzo del Año 2017

“En cuanto a la Validez de la Constancia de Prestación de Servicios de 3 de noviembre de 2014 a la Empresa: IMÁGENES DIGITALES DIAGNÓSTICAS S.A.C., se le informa que esta Jefatura de la Oficina de Logística No Valida este documento, porque no ha sido emitido por esta Oficina”.



RESPUESTA LOGISTICA

El hecho antes descrito contraviene la siguiente normativa:

Legislativo n.º1341, vigente desde el 3 de abril de 2017. “Artículo 2.- Principios que rigen las contrataciones

(...)

j) Integridad. La conducta de los partícipes en cualquier etapa del proceso de contratación esta guiada por la honestidad y veracidad, evitando cualquier práctica indebida, la misma que, en caso de producirse, debe ser comunicada a las autoridades competentes de manera directa y oportuna.

“Artículo 10.- Supervisión de la Entidad

10.1 La Entidad debe supervisar el proceso de contratación en todos sus niveles, directamente o a través de terceros. El hecho de que la Entidad no supervise los procesos, no exime al contratista de cumplir con sus deberes ni de la responsabilidad que le pueda corresponder.

Reglamento de la Ley 30225, aprobado mediante D.S. 350-2015-EF

“Artículo 22.- Órgano a cargo del procedimiento de selección

Los Órganos a cargo del procedimiento de selección son competentes para preparar los documentos del procedimiento de selección, así como para adoptar las decisiones y realizar todo acto necesario para el desarrollo del procedimiento hasta su culminación, sin que puedan alterar, cambiar o modificar la información del expediente de contratación.

Normas de Control Interno, aprobado con Resolución de Contraloría General n.º320-2006-CG, vigente desde el 4 de noviembre de 2006.

5.1. NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO

5.1.1. Prevención y monitoreo.

RIESGO

La carencia de la constancia de prestación de servicio de la Empresa **IMÁGENES DIGITALES DIAGNÓSTICAS S.A.C**, en el Hospital Dos de Mayo, ocasiona el riesgo de que no se cumpla con la atención de pacientes del servicio de diagnóstico por imágenes, previstos en el Plan Operativo Institucional – POI 2018, la ejecución del Presupuesto Institucional de 2018, y la continuidad del contrato suscrito.



CASO 4

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



HECHO ADVERTIDO

CIRCULACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA PRESENTA LIMITACIONES POR LA DIMENSIÓN DE ESCALERAS, LO CUAL OCASIONA QUE EL ACCESO Y EVACUACIÓN SEA INSUFICIENTE, AL NO SATISFACER LA NECESIDAD DE TRANSITO, ANTE UN EVENTO DE EMERGENCIA

La circulación interna de los pacientes, personal administrativo y médico, entre los pisos n.º 2 y 6, se realiza a través de ascensores y una escalera integral, la cual, posee dimensiones reducidas . No ha sido calculada en función al número que personas que la transitan, se dispone de escalera de evacuación. En los ascensores donde circulan el personal médico, personal administrativo y visitas, también, se traslada los residuos sólidos hospitalarios. El ascensor n.º 6, no funciona en la fecha de la visita.

Se revela que el ascensor traslada personas y residuos sólidos, debido a la inoperatividad del ascensor n.º 6. No existe un control, se presentan situaciones, donde se cruzan las camillas con los container de residuos sólidos.

SITUACION ADVERSA

La situación revelada contraviene las disposiciones contenidas en la normatividad siguiente:

Reglamento Nacional de Edificaciones, aprobado Decreto Supremo n.° 015-2004-VIVIENDA de fecha 6 de setiembre de 2004 y sus modificatorias.

“Artículo 26°, Las escaleras pueden ser, integradas, son aquellas que no están aisladas a la circulación horizontal, y cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de transito de las personas entre pisos de manera fluida y visible” (...).

“Artículo 27°, Las escaleras de evacuación, a) Ser continuas del primer piso al último piso, entregando directamente hacia la vía pública o a un pasadizo compartimentado cortafuego que conduzca hacia la vía pública (...).”

Norma Técnica de Salud n.° 119-MINSA/DGIEM-VOI “Infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 862-2015/MINSA de fecha 29 de diciembre de 2015.

Numeral 6.2.1.1 Flujos de Circulación: “Circulación vertical: Se da a través de superficies, que permiten la interrelación funcional entre ambientes que se encuentran en diferentes niveles de la edificación. La escalera integrada tendrá un ancho mínimo de 1.80 m y estará provista de pasamanos a ambos lados de 0.90 m de altura”.

Numeral 6.2.1.1, inciso d) Según el tipo, volumen, horario, confiabilidad y compatibilidad, existen siete (07) tipos de flujos de circulación: entre ellos, el flujo de circulación de residuos sólidos, por donde se conducen los residuos recogidos desde los ambientes generados de residuos hasta su almacenamiento y disposición final.

Riesgo

La circulación interna del Hospital María Auxiliadora presenta limitaciones por la dimensión de las escaleras, lo cual pone en riesgo el acceso y evacuación sea esta insuficiente, al no satisfacer la necesidad de tránsito, ante un evento de emergencia

CASO 5

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



HECHO ADVERTIDO

PATIO DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO GENERALES Y CORREDOR DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, BIENEN SIENDO UTILIZADOS COMO DEPÓSITO DE BIENES DECLARADOS POR CAUSAL DE ESTADO DE CHATARRA.

Se ha evidenciado que el patio de Servicios de Mantenimiento General, y el corredor del Servicio de Nutrición del Hospital María Auxiliadora, se encuentran ocupados por bienes declarados en estado de chatarra, como camillas, catres y armazones de metal.



ASPECTOS RELEVANTES

La situación revelada contraviene las disposiciones contenidas en la normatividad siguiente:

Norma Técnica de Salud n.° 119-MINSA/DGIEM-VOI “Infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”, aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 862-2015/MINSA de fecha 29 de diciembre de 2015.

Numeral 6.2.1.1. Flujos de circulación, inciso b) Circulación horizontal: “Todos los corredores, sin excepción, deben estar libres de elementos que obstruyan el libre tránsito y reduzcan el área de circulación, tales como cabinas telefónicas, bebederos, extintores, entre otros, En el caso de los extintores y gabinetes contra incendio podrán ubicarse en los corredores siempre y cuando sean empotrados o dispongan de retiro”.

“Los corredores o veredas de circulación externa destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de transporte de suministros, deben tener un ancho libre mínimo de 1.00 m los cuales estarán protegidos del sol y de las lluvias del mismo ancho de circulación, con aleros o cubiertas adosadas a la estructura de la edificación”.

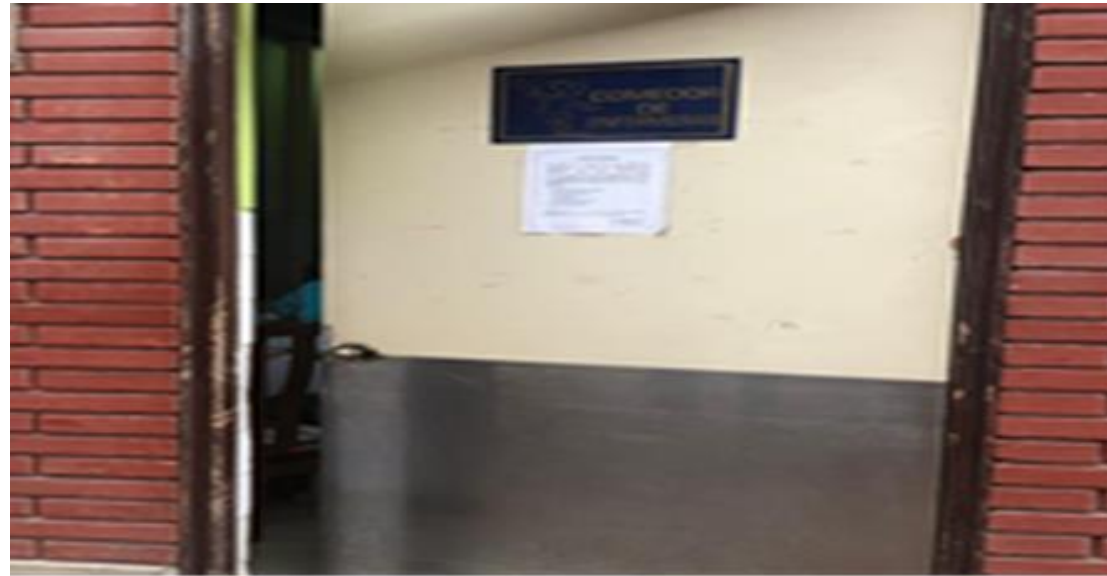
RIESGOS

La obstrucción y ocupación de los corredores externos y patios del Hospital María Auxiliadora, por bienes declarados chatarra, ponen en riesgo al personal administrativo y asistencial, ante un evento sísmico o incendio, lo cual imposibilitaría una evacuación fluida.



CASO 6

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



HECHO ADVERTIDO

LA RUTA DE TRANSPORTE DE RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, SE CRUZA CON EL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, COMEDOR GENERAL Y COMEDOR DE ENFERMERAS

La ruta de transporte de residuos sólidos biocontaminados y especiales, determinadas y señalizadas al interior del Hospital María Auxiliadora, se realiza por los pasadizos interiores hacia el Departamento de Nutrición y Dietética, Comedor de enfermeras, Comedor General, Fórmulas Lácteas y Enterales, Comedor de Enfermeras, cuyo destino final es el patio Centrales, donde se ubica el reloj marcador de pesaje.



ASPECTOS RELEVANTES

La situación revelada contraviene las disposiciones contenidas en la normatividad siguiente:

NTS n.º 096-MINSA/DIGESA V0.1 “Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada por Resolución Ministerial n.º 554-2012 de fecha 3 de julio de 2012.

Numeral 5, Recolección y Transporte Interno, inciso c) Rutas de Transporte previamente determinadas, señalizadas y establecidas de acuerdo:

- Al menor recorrido posible entre un almacenamiento y otro.
- A horarios donde exista un bajo flujo de personas.
- Evitando el cruce con las rutas de alimentos, ropa limpia, traslado de pacientes.

RIESGOS

La ruta establecida y señalizada por el Hospital María Auxiliadora, pone en riesgos la salud del personal administrativo, médico y asistencial, esto debido a la contaminación del ambiente.



CASO 7

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



HECHO ADVERTIDO

INFRAESTRUCTURA DE LAS OFICINAS DE ADMINISTRACIÓN, ÁREAS DE COCINA, ATENCIÓN AL PACIENTE Y DE LA OFICINA DEL ÓRGANO DE CONTROL, COLINDANTES CON LAS OFICINAS DE LOGISTICAS, SE ENCUENTRAN AGRIETADAS, LAS CUALES NO HAN SIDO CONSIDERADAS COMO ÁREA CRITICA

Se ha evidenciado en el bloque B, donde funciona las oficinas administrativas, áreas de cocina y atención a pacientes, que las paredes de la oficina del Órgano de Control Institucional – OCI, colindantes con las oficinas de logística y administración, se encuentran agrietadas



Alto riesgo de colapso de las infraestructuras y pérdida de vidas humanas.



CASO 8

SUNASS



HECHO ADVERTIDO

EXPEDIENTES TÉCNICOS DE SEGUIMIENTO DE LOS ESTUDIOS TARIFARIOS, Y DOCUMENTACIÓN RECIBIDA Y PRODUCIDA POR LA GERENCIA DE REGULACIÓN TARIFARIA, NO SE ENCUENTRAN FOLIADOS, EMPASTADOS, LO CUAL GENERA RIESGOS DE PERDIDA.

se ha evidenciado deficiencias en el archivamiento y control de la documentación producida y recibida, generando riesgo de pérdida o deterioro de documentos y archivos electrónicos, lo cual se detalla a continuación:

1. Los expedientes técnicos de los años 2012 y 2013 de SEDALIB, SEDALORETO, EMAQ S.R.L., EMSAPUNO S.A. SEDACUSCO, se encuentran en cajas de cartón, sin la foliación correspondiente.
2. Sus hojas están sujetadas con suncho, juntas en tapa y contratapa.
3. Ningún expediente se encuentra empastado.
4. Expedientes de estudio tarifario archivados en file de palanca.
5. El ambiente físico del archivo de la Av. Argentina es pequeño y no cuenta con ventilación, extintores y detectores de humo.
6. Falta limpieza en los ambientes físicos y no tiene foco de luz.
7. El expediente de los estudios tarifarios, no contiene la documentación producida y generada.

HECHO ADVERTIDO

Se ha evidenciado deficiencia en la conservación y protección de la documentación producida y recibida. No obstante a ello, debo manifestar que: “el artículo 4° de la Ley de Defensa, Conservación, e Incremento del Patrimonio Documental aprobado por Decreto Ley n.° 19414, establece que:

“Los Ministerios, Secretarías de Estado y organismos descentralizados de la Nación, pondrán a disposición del Archivo General, la documentación que tengan archivada, reteniendo la correspondiente a los últimos treinta años, salvo la que por razón de Estado, deban conservar. En lo sucesivo, la entrega se hará cada cinco años (...)”.



ASPECTOS RELEVANTES

Los hechos comentados precedentemente, revelan inobservancia a las disposiciones contenidas en la normatividad siguiente:

Normas de Control Interno, aprobadas con Resolución de Contraloría n.320-2006-CG, publicado el 3 de noviembre de 2006.

4. NORMA GENERAL PARA EL COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.6. “Archivo institucional El titular o funcionario designado debe establecer y aplicar políticas y procedimientos de archivo adecuados para la preservación y conservación de los documentos e información de acuerdo con su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico, tales como los informes y registros contables, administrativos y de gestión, entre otros, incluyendo las fuentes de sustento”.

01 La importancia del mantenimiento de archivos institucionales se pone de manifiesto en la necesidad de contar con evidencia sobre la gestión para una adecuada rendición de cuentas.

02 Corresponde a la administración establecer los procedimientos y las políticas que deben observarse en la conservación y mantenimiento de archivos electrónicos, magnéticos y físicos según el caso, con base en las disposiciones técnicas y jurídicas que emiten los órganos competentes y que apoyen los elementos del sistema de control interno”.

La situación expuesta genera riesgos de tipo operativo, por la inadecuada conservación, protección y sistematización, como también de la pérdida, deterioro de documentos y archivos electrónicos de generación de información.

Los hechos expuestos, se han originado debido al limitado espacio físico y virtual para el archivamiento de los documentos, y aplicación de buenas prácticas del personal que labora con los expedientes terminados y cerrados.

RECOMENDACION

El presidente de Consejo Ejecutivo de la SUNASS, disponga a la Gerencia General en coordinación con Gerencia de Regulación Tarifaria, el foliado y escaneo de los expedientes de SEDALIB, SEDALORETO, EMAQ S.R.L. y SEDACUSCO y de contar con los recursos iniciar su empaste. Adecuar el archivo de la Av. Materiales n.º 2762, Cercado de Lima, para la manipulación de las cajas que contienen los expedientes de estudios tarifarios, planes maestros y otros documentos. Los estudios tarifarios elaborados en el 2013 y 2014, digitalizar los archivos en lo posible, con la finalidad de utilizar los espacios en la Sede Principal.



ASOCIACIÓN PERUANA DE CONSULTORÍA

50 Años

CASO 9

SUNASS



HECHO ADVERTIDO

GERENCIA DE REGULACIÓN TARIFARIA NO DISPONE PERSONAL SUFICIENTE PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, LO CUAL GENERA RIESGO PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y OBJETIVOS

La Gerencia de Regulación Tarifaria no dispone del número de profesionales suficientes para, realizar asistencia técnica para elaborar el Plan Maestro Optimizado –PMO, estudios tarifarios, entre otras actividades prevista en el Plan Operativo Institucional año 2017 de la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento – SUNASS, aprobado con Resolución de Consejo Directivo n.º 028-2016-SUNASS_CD de fecha 30 de diciembre de 2016.



HECHO ADVERTIDO

La Gerencia de Regulación Tarifaria -GRT, no dispone en su estructura organizativa el marco de eficiencia y eficacia, al 6 de octubre de 2017. Esta no dispone de veintitrés (23) profesionales, destacándose, la carencia de trece (13) economistas y seis (6) ingenieros sanitarios.

La situación expuesta se debe a la falta de presupuesto para la contratación de personal en la Gerencia de Regulación Tarifaria. No obstante, el diecinueve (19) de mayo de 2017, el Ministerio de Economía y Finanzas a través del Decreto Supremo n.º 144-2017-EF, autorizó la transferencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2017 a favor de la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento por el monto de S/ 36 579 338.00.

ASPECTOS RELEVANTES

Los hechos comentados precedentemente, revelan inobservancia a las disposiciones contenidas en la normatividad siguiente:

Normas de Control Interno, aprobadas con Resolución de Contraloría n.320-2006-CG, publicado el 3 de noviembre de 2006.

1.4. Estructura organizacional

El titular o funcionario designado debe desarrollar, aprobar y actualizar la estructura organizativa en el marco de eficiencia y eficacia que mejor contribuya al cumplimiento de sus objetivos y a la consecución de su misión.

Comentarios:

01. La determinación la estructura organizativa debe estar precedida de un análisis que permita elegir la que mejor contribuya al logro de los objetivos estratégicos y los objetivos de los planes operativos anuales. Para ello debe analizarse, entre otros: (i) la eficacia de los procesos operativos, (ii) la velocidad de respuesta de la entidad frente a cambios internos y externos, (iii) la calidad y naturaleza de los productos o servicios brindados, (iv) la satisfacción de los clientes, usuarios o ciudadanía, (v) la identificación de necesidades y recursos para las operaciones futuras, (vi) las unidades orgánicas o áreas existentes, y (vii) los canales de comunicación y coordinación, informales, formales y multidireccionales que contribuyen a los ajustes necesarios de la estructura organizativa.

02. La determinación de la estructura organizativa debe traducirse en definiciones acerca de normas, procesos de programación de puestos y contratación del personal necesario para cubrir dichos puestos. Con respecto de los recursos materiales debe programarse la adquisición de bienes y contratación de servicios requeridos, así como la estructura de soporte para su administración, incluyendo la programación y administración de los recursos financieros.

RIESGO

La carencia de personal suficiente en la Gerencia de Regulación Tarifaria, genera riesgo que no se cumpla con “la sostenibilidad y mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado; optimizando el sistema de regulación tarifaria que contribuya a la eficiencia y equidad del servicio.