



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

AUDITORIA GENERAL DE LA PROVINCIA DE SALTA

INFORME FINAL

*"Relevamiento del sistema de control interno del
Programa Federal – Incluir Salud"*

Presidencia de la Auditoria General de la Provincia

Noviembre / 2022



TABLA DE CONTENIDO

Informe Ejecutivo	1
I- Objeto – II Alcance – III Limitaciones – IV Aclaraciones Previas - V Observaciones Relevantes	1
IV - Conclusión	4
Informe Analítico	5
I- Objeto	5
II - Alcance	5
III - Limitaciones al Alcance	5
IV – Aclaraciones Previas	5
V - Marco Normativo	8
VI – Tarea Desarrollada – Eje 1 – Unidad de Gestión Provincial	9
VI – Tarea Desarrollada – Eje 2 – Prestador de Discapacidad	19
VII – Observaciones del Ejercicio	22
IX - Conclusión	24
X – Anexo I – Programa de Trabajo UGP	25
XI - Anexo II – Programa de Trabajo Prestadores - Entrevistas	33
XII - Anexo III – Programa de Trabajo Prestadores – Control de Documentación	64
XIII - Anexo IV – Programa de Trabajo Prestadores – Control y Análisis de Documentación post relevamiento	77
XIV - Anexo V – Matriz de Hallazgos	83

AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD DE LA NACIÓN

Auditoría PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD Provincia de Salta

INFORME EJECUTIVO

I. OBJETO

Relevar y analizar la adecuación y aplicación de las herramientas y buenas prácticas de control interno en la gestión del Programa Federal Incluir Salud.

II. ALCANCE

Se limitó el alcance al control sobre la prestación de Discapacidad, debido a la magnitud del Programa Incluir Salud y teniendo en cuenta además su grado de criticidad, riesgo inherente y vulnerabilidad de su población.

Se abarcaron las tareas tendientes a verificar las acciones y los mecanismos de control interno en las actividades de gestión desarrolladas para la prestación durante el Ejercicio 2021.

La tarea se realizó desde el periodo que abarca el 01 de julio al 25 de noviembre de 2022.

Las tareas se desarrollaron en Salta Capital, La Caldera, Vaqueros y Villa San Lorenzo.

Las tareas de auditoría se desarrollaron de acuerdo a las normas de Auditoría Interna Gubernamental, establecidas por la Res. 152/02 SIGEN, como así también teniendo en cuenta para el desarrollo de la misma el manual de herramientas de Auditoría y, el Instructivo de Trabajo.

III. LIMITACIONES AL ALCANCE

No existieron limitaciones al alcance.

IV. ACLARACIONES PREVIAS

INCLUIR SALUD es un programa de la Agencia Nacional de Discapacidad que permite el acceso a los servicios de salud a los titulares de las Pensiones No Contributivas (PNC). La ANDis fomenta el desarrollo y la aplicación de políticas que consoliden derechos de las personas con discapacidad, potenciando la transformación social y la inclusión.

V. OBSERVACIONES RELEVANTES DE LA AUDITORÍA





Observación N° 1: INCUMPLIMIENTO a Reglamento Operativo – CAPÍTULO 5 - 5.1 DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN PROVINCIAL - De las características edilicias y equipamiento de la UGP.

La ubicación del edificio que ocupa la UGP no está localizada en zona de fácil acceso a medios públicos de transporte.

El espacio dispuesto para sala de espera externa al edificio principal, no dispone totalmente de revestimiento, lo que es inaccesible para beneficiarios con discapacidad y familiares que los acompañen.

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Gestionar un edificio acorde a lo establecido en el Reglamento Operativo.

Efecto: Dificultad de acceso al actual edificio por parte de los Beneficiarios.

Opinión del Auditado: La Coordinación UGP elevó a las autoridades la necesidad de adecuar las instalaciones para una mayor afluencia de personas con discapacidad.

Estado de situación: Con Acción Correctiva Informada.

Observación N° 2: INCUMPLIMIENTO a Convenio Específico entre la Agencia Nacional de discapacidad (ANDIS) y los Prestadores integrantes de la Red Pública de Prestadores de la Provincia de Salta.

Incumplimiento de ANDIS de los plazos de pago. Existen deudas pendientes de pago del Ejercicio 2.021 y anteriores, al momento de las tareas de campo.

Deuda de ANDIS a Prestadores al momento de tarea de campo	
Nombre Prestador	Deuda de ANDIS
Ayudame a Cre- cer S.R.L.	Ago 2.021 \$ 111.073,07 Dic. 2.021 \$ 128.217,67
CET ANIDAR	Enero 2.021 Fact. N° B- 3-3144 \$ 32.413,44 Feb. 2.021 Fact. N° B- 3-3145 \$ 32.413,44 / Set. 2.021 Fact. N° B-3-3407 \$ 43.763,23
Aprendiendo a Ser II	Año 2.019 \$ 3.549.447,88 Año 2.020 \$ 2.145.598,12 Año 2.021 \$ 332.416,13
LEVEN	Enero/21 - 14/05/21 Fact. N° 4-1241 \$ 86.435,84 Feb/21 Complementaria 01/06/21 Fact. N° 4-1288 \$ 111.669,44 Marzo/21 Complementaria 19/05/21 Fact. N° 4-1245 \$ 6.179,68 Año 2.018 \$ 549.747,60 – Año 2.019 \$ 1.605.817,48
INST. GRANJA TALLER INTI PUNKU	Abr. 2.021 Fact. "C" N° 2-557 \$ 281.860,41 de fecha 05/08/2021 Set. 2.021 Fact. "C" N° 2-567 \$ 1.793.787,16 de fecha 17/10/2021

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Gestionar agilización de pagos.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

Efecto: Prestadores descontentos.

Opinión del Auditado: La Coordinación de la UGP informa que es responsabilidad de ANDIS el pago a Prestadores.

Estado de situación: Sin Acción correctiva Informada.

Observación N° 3: Convenios vencidos entre ANDIS y prestadores. Prorroga por Nota de la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud.

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Gestionar formalización de prórrogas.

Efecto: Prestadores sin convenios de prórroga firmados formalmente.

Opinión del Auditado: Los prestadores recibieron Nota informando prórrogas según Res. 428/20.

Estado de situación: Sin Acción correctiva Informada.

Observación N° 4: INCUMPLIMIENTO a Resolución N° 453/18 – ANEXO I – ADENDA AL CONVENIO MARCO VIGENTE – COMPROMISO DE TRABAJO PERIODICO 2019 – CAPITULO I: ALCANCES DE LA ADENDA Y COMPROMISO – Modifíquese la cláusula DECIMOCTAVA, que quedará redactada de la siguiente manera: "**DECIMOCTAVA: "DEL DESTINO DE LAS TRANSFERENCIAS".LA PROVINCIA únicamente podrá disponer hasta de un cuatro por ciento (4 %) de los fondos efectivamente transferidos de la cápita básica a que se refiere la cláusula SEPTIMA para el funcionamiento administrativo de la Unidad de Gestión Provincial (UGP) y Unidad de Gestión Local (UGL); a tal efecto dispondrá**". El importe ejecutado durante el período 2.021, para el funcionamiento administrativo de la UGP, superó el porcentaje establecido en la Adenda al Convenio Marco en un 6,72 % (\$ 19.238.927,65) respecto de los fondos transferidos por cápita básica.

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Aplicar los conceptos normativos establecidos en función de su prelación.

Efecto: Aplicación de débitos a la cápita básica y/o suspensión automática de transferencias a la UGP.

Opinión del Auditado: Los importes percibidos por cápita básica durante el período auditado fueron insuficientes para cubrir los gastos de funcionamiento de la UGP, ya que los valores de la cápita fueron actualizados solo una vez al año y además, se afectaron por el nivel inflacionario. Aún así, el Reglamento Operativo aprobado en enero de 2020, permite a la UGP disponer del cuatro por ciento (4 %) de lo transferido por nación a provincia, en concepto de cápita básica y extra cápita.

Estado de situación: Con Acción Correctiva Informada.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

VI. CONCLUSION

Conforme surge del resultado de las tareas realizadas con el alcance mencionado precedentemente, en relación al relevamiento y análisis de la adecuación y aplicación de las herramientas y buenas prácticas de control interno en la gestión del Programa Federal Incluir Salud, excepto por lo observado, se encuentra implementado.

Salta, 21 de diciembre de 2.022

DR. GUSTAVO A. FERRARIS
PRESIDENTE
AUDITORIA GENERAL DE LA PROVINCIA

AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD DE LA NACIÓN

Auditoría

PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD

Provincia de Salta

INFORME ANALITICO

I. OBJETO

Relevar y analizar la adecuación y aplicación de las herramientas y buenas prácticas de control interno en la gestión del Programa Federal Incluir Salud.

II. ALCANCE

Se limitó el alcance al control sobre la prestación de Discapacidad, debido a la magnitud del Programa Incluir Salud y teniendo en cuenta además su grado de criticidad, riesgo inherente y vulnerabilidad de su población.

Se abarcaron las tareas tendientes a verificar las acciones y los mecanismos de control interno en las actividades de gestión desarrolladas para la prestación durante el Ejercicio 2021.

La tarea se realizó desde el periodo que abarca el 01 de julio al 25 de noviembre de 2022.

Las tareas se desarrollaron en Salta Capital, La Caldera, Vaqueros y Villa San Lorenzo.

Las tareas de auditoría se desarrollaron de acuerdo a las normas de Auditoría Interna Gubernamental, establecidas por la Res. 152/02 SIGEN, como así también teniendo en cuenta para el desarrollo de la misma el manual de herramientas de Auditoría y, el Instructivo de Trabajo.

III. LIMITACIONES AL ALCANCE

No existieron limitaciones al alcance.

IV. ACLARACIONES PREVIAS

INCLUIR SALUD es un programa de la Agencia Nacional de Discapacidad que permite el acceso a los servicios de salud a los titulares de las Pensiones No Contributivas (PNC). La ANDis fomenta el desarrollo y la aplicación de políticas que consoliden derechos de las personas con discapacidad, potenciando la transformación social y la inclusión.





Auditoría General de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

Se trata de un programa de asistencia pública que se ejecuta en la provincia mediante un convenio entre la ANDis y el Ministerio de Salud de la Provincia. Los alcances del PROGRAMA es que, no resulta ser una obra social en los términos de las leyes N° 23.660 y N° 23.661, entendiéndose el mismo como un sistema de aseguramiento público del acceso a los servicios de salud y en función de los diversos mecanismos de financiamiento establecidos a tal efecto en el Convenio Marco y el Compromiso de Trabajo Periódico, oportunamente suscriptos por la Agencia Nacional de Discapacidad y las Jurisdicciones Provinciales incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A nivel nacional, el programa transfiere fondos a las provincias para garantizar que todas las personas titulares de dichas pensiones, independientemente de dónde vivan, puedan acceder a una atención pública de calidad. La Agencia Nacional de Discapacidad brinda asistencia financiera a las provincias que se adhieran, las cuales administran los fondos mediante las Unidades de Gestión Provincial (UGP), para brindar servicios de salud a las personas afiliadas a través de la red pública de prestadores. Por lo cual

Incluir Salud financia la cobertura médico-asistencial a:

- Titular de pensiones asistenciales: madres con siete hijos y más, personas con discapacidad con invalidez laboral, mayores de 70 años en situación de pobreza.
- Beneficiarios de pensiones por leyes especiales: ex-combatientes de Malvinas, familiares de desaparecidos, precursores de la Antártida Argentina, ganadores de Premios Nobel u Olímpicos, prelados, etc.
- Beneficiarios de pensiones graciables: personas designadas por legisladores del Congreso Nacional.

El CUD es un documento público válido en todo el país que permite ejercer los derechos y acceder a las prestaciones previstas en las leyes nacionales 22.431 y 24.901. La evaluación es realizada por una Junta Evaluadora interdisciplinaria que determina si corresponde la emisión del Certificado Único de Discapacidad. Su tramitación es voluntaria y gratuita.

A partir de la Ley 24.901 del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, el Programa Incluir Salud Nación realiza convenios directos con las instituciones prestadoras de servicios para personas con Discapacidad del país.

La Provincia de Salta ha firmado convenio con la Agencia mediante la Resolución AND N° 98/2.020, de fecha 23/04/2.020.

En la actualidad son 30 instituciones que brindan diferentes servicios prestacionales que tienen convenio con Incluir Salud Nación, en la Provincia de Salta. Cada institución cuenta con un número de prestador con el cual puede acceder a la plataforma de Egov, la cual contiene archivos de normativa de procedimiento, archivos de nomenclador, archivos de planillas y formularios; así mismo, en la plataforma se cargan las solicitudes prestacionales (en el marco de la ley 24.901), para que auditores de nación evalúen y dictamen lo solicitado.

A través de la UGP Salta los beneficiarios pueden acceder al listado de Instituciones, a fin de conocer cada una y poder ser evaluado según necesidad y requerimiento de la persona.

Cada institución realiza evaluación de ingreso o admisión, donde el equipo interdisciplinario de la misma evalúa a la persona a fin de saber si el perfil coincide con los servicios prestacionales que ellos ofrecen.

Una vez realizada la evaluación de admisión, la institución completa los formularios anexos requerido por Incluir y con documentación complementaria solicitada a la persona realizan la carga correspondiente el sistema, una vez realizada la carga se genera un ticket de solicitud pendiente de autorización. Seguidamente en la plataforma se puede realizar el seguimiento de dicha solicitud que puede tener una demora de 7 a 30 días de realizada la carga.

En caso de que la prestación sea rechazada, en ticket de plataforma de Egov, detallan el motivo por el cual, el expediente es denegado.

Las prestaciones e insumos que cubre el programa, en la Provincia de Salta, se divide en tres:

- Cápita
- Extra cápita
- Por cuenta y orden de Nación.

La Cápita mensual afronta gastos de la demanda de las prestaciones médicas solicitadas por profesionales de la Red Pública:

- Prestaciones Médicas: Cirugías Cardiovasculares, honorarios médicos, honorarios de anestesia, laboratorios (que no cuenten con cobertura en hospitales), estudios varios (por desperfectos de equipamiento de la red pública o por no contar con el equipamiento necesario para realizarlo). Cirugías y prácticas oftalmológicas.
- Prestaciones Farmacéuticas: Medicación Ambulatoria, Medicación Oncológica, Medicamentos para tratamientos de pacientes dialíticos, Alimentación Suplementaria, Materiales Descartables, Pañales.
- Prestaciones Especiales: Ópticas (anteojos, LIO), Oxígeno Domiciliario, Prótesis (Cirugías traumatológicas, ginecológicas, neurológicas, cardiológicas), Rehabilitación (Física y Fonoaudiológica), Viáticos y traslado (beneficiarios derivados), Internación Domiciliaria, Cuidadores, Acompañante Terapéutico. Ortesis (Valvas, Bachas, Inmovilizadores, Férulas, Corset para corrección de escoliosis, Bastón Canadiense). Sillas de Ruedas Estándar.
- Gastos de Funcionamiento: Sueldos.
- Gastos Operativos: Insumos de Impresoras, Servicio de Vigilancia y Limpieza, Artículos de Librería.

El concepto de extra cápita contempla:

- Prestaciones de Diálisis: Cobertura médica para tratamientos de hemodiálisis, DPCA y traslado a los centros de diálisis;
- Prestaciones de Discapacidad: Traslado a centros de discapacidad;





- Prestaciones de Radioterapia;
- Prestaciones de Trasplante: Módulos pre y post trasplante, Modulo de Trasplante.

Las prestaciones que cubre el Programa a través de contrataciones directa de Nación:

- Prestaciones PACBI (prestaciones de alto costo y baja incidencia): Medicación, Insumos quirúrgicos (Cirugías Cardiológicas, Traumatológicas, Neurológicas), Sillas de Ruedas especiales, Implante Cocleares.
- Prestaciones de Discapacidad: Centro educativo Terapéutico, Centro de Día, Estimulación Temprana, Prestaciones de Apoyo, Escuela Especial, Hogar permanente, Servicio de Apoyo a la Inclusión Escolar, Escuela pre primaria, Rehabilitación modulo simple y modulo intensivo.

V. MARCO NORMATIVO

Nacional:

- Ley N° 26.529 – Derechos del Paciente y su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Ley N° 26.653 – Accesibilidad de la Información en las Páginas Web.
- Decreto N° 160/2018 – Transferencia Programa Federal Incluir Salud a la Agencia Nacional de Discapacidad.
- Resolución MS N° 1328/2006 – Modifica el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.
- Resolución MS N° 1862/2011 – Programa Federal de Salud "Incluir Salud". Funciones. Y sus Modificatorias.
- Resolución AND N° 218/2018 – Aprueba Modelos de Convenio Marco y Compromiso de Trabajo Periódico (Anexo I: Convenio Marco; Anexo II: Compromiso de Trabajo Periódico).
- Resolución AND N° 453/2018 – Modelo de Adenda al Convenio Marco y al Compromiso de Trabajo Periódico 2019 (Anexo I: Adenda al Convenio Marco Vigente – Compromiso de Trabajo Periódico 2019).
- Resolución AND N° 98/2020 – Adenda al Convenio Marco y Compromiso de Trabajo Periódico (Anexo I: Adenda al Convenio Marco – Compromiso de Trabajo).
- Resolución Conjunta N° 2/2011 – AND/MS – Aranceles Prestaciones Discapacidad – Actualización.
- Resolución Conjunta N° 10/2021 – AND/MS – Actualización aranceles Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
- Resolución Conjunta N° 12/2021 – AND/MS – Actualización aranceles Sistema de Prestaciones de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
- Resolución AND N° 1619/2021 – Incremento del Valor de la Cápita y Extra Cápita.
- Resolución 1116/2020 – Se prorrogan por un año más los certificados de discapacidad.
- Resolución 1919/2021 – Se dispuso la prórroga por un año del vencimiento de aquellos CUD que se encuentren próximos a vencer durante los primeros 6 meses del año 2022.



- Resolución 806/2022 – Se dispuso la prórroga por un año del vencimiento de aquellos CUD cuyo vencimiento original sea durante el 1 de julio de 2022 y hasta el 31 de diciembre de 2022, inclusive.
- Reglamento Operativo Programa Federal "Incluir Salud" año 2020 – Dirección Nacional de Acceso a Servicios de Salud.

Provincial:

- Res. N° 150/2.017 y Anexos Ministerio de Salud Pública de la Provincia Salta (MSP) – Reglamento de Habilitación y Categorización de Establecimientos Asistenciales para el Desarrollo de la Calidad de los Servicios de Salud.
- Dec. PEP N° 249/2.020 – Designa a la Coordinadora del Programa "Incluir Salud".
- Res.MSP N° 2.089/2.016 – Designa en el cargo de Responsable Administrativo Contable, en el Programa "Incluir Salud", desde 17/11/2.016 hasta 02/06/2.022.
- Res.MSP N° 1.063/2.022 – Designa en el cargo de Responsable Administrativo Contable, en el Programa "Incluir Salud", desde 03/06/2.022 a la fecha.
- Disposición N° 01/2.020 UGP – Dispone valor del km para transporte de beneficiarios desde el mes de marzo de 2.020.
- Disposición N° 01/2.021 UGP – Dispone valor del km para transporte de beneficiarios desde el mes de marzo de 2.021.
- Disposición N° 09/2.021 UGP – Dispone valor del km para transporte de beneficiarios desde el mes de julio de 2.021.
- Disposición N° 10/2.021 UGP – Dispone valor del km para transporte de beneficiarios desde el mes de octubre de 2.021.

VI. TAREA DESARROLLADA

Eje 1 - Unidad de Gestión Provincial

Estructura Organizativa y administrativa de la UGP:

La Unidad de Gestión Provincial está estructurada en el Ministerio de Salud Pública, con dependencia directa del Ministro.

La Coordinadora de la UGP ha sido designada a partir del 13/03/2.020 y ejerce la conducción y representación de la UGP ante las autoridades Nacionales y Provinciales, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 1862/11 – MS y, en concordancia con el Reglamento Operativo 2.020, emitido por la Agencia.

Entre sus funciones se destaca la de articular acciones con el Ministerio de Salud Provincial, interactuar con la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas (DNPM), coordinar las actividades de la UGP, implementar los mecanismos que aseguran la calidad en la atención y la satisfacción de los beneficiarios, adoptando medidas correctivas oportunas, garantizar la disponibilidad de información; proce-



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

sos de facturación y liquidación según tiempos y formas establecidos en el convenio, responder requisitorias y órdenes judiciales, dando cumplimiento a los plazos procesales previstos, informar todo requerimiento que le efectué INCLUIR NACIÓN en tiempo y forma, entre otras.

El Responsable Administrativo Contable de la UGP ha sido designado a partir desde 03/06/2022, en reemplazo de la anterior Responsable, que cumplió sus funciones desde 01/11/2016. Quien asegura una adecuada aplicación de los montos transferidos para la cobertura comprometida de acuerdo al Convenio firmado entre la Nación y la Provincia para todos los beneficiarios del Programa.

Y entre sus funciones le compete analizar, controlar y registrar facturaciones para liquidación, llevar conciliaciones bancarias y registro de deudas devengadas y pendientes de facturación, conformar registros contables, libros y demás documentación contable en el marco de las normas vigentes en la Provincia y de las específicas de Nación, conformar balances y analíticos al cierre de cada mes, confeccionar estados contables, remitir a la DNPM la documentación contable que se acuerde por Convenio, entre otras.

En la UGP cumplen funciones tres (3) Auditores Médicos, tres (3) Asesores Legales, Trabajadores Sociales e Informáticos, además de su planta de Personal Administrativo. Los Auditores Médicos realizan guardias pasivas durante la semana de lunes a viernes.

LISTADO DE PERSONAL AÑO 2021

INGRESO	FUNCION	AREA	SITUACION LABORAL
01/01/16	Administrativo	Hosp. San Bernardo	Designación temporaria
01/01/16	Administrativo	Mesa de Entrada	Designación temporaria
21/11/18	Administrativo	Prótesis y ortesis	Contratado
01/06/20	Abogada	Coordinación	Contratado
19/09/17	Abogada	Área Jurídica	Agrupamiento político
01/01/17	Administrativo	Autorizaciones	Contratado
07/10/11	Medico	Auditoria Medica	Designación temporaria
06/10/11	Lic. Adm. de Empresas	Resp. Adm. Contable	Planta permanente
01/11/20	Farmacéutica	Farmacia	Contratado
01/06/20	Lic. En trabajo Social	Discapacidad	Contratado
01/01/17	Administrativo	Control Facturas	Designación temporaria
16/08/19	Técnico Informático	Informática	Contratado

LISTADO DE PERSONAL AÑO 2021

INGRESO	FUNCION	AREA	SITUACION LABORAL
01/01/19	Administrativo	Atención digital	Contratado
01/01/12	Administrativo	Derivaciones	Planta permanente
01/04/20	Abogada	Área Jurídica-Compras	Contratado
01/03/21	Administrativo	Farmacia	Contratado
11/10/11	Lic. Adm. de Empresas	Contable-Recursos Humanos	Planta permanente
19/09/19	Administrativo	PACBI	Contratado
01/01/17	Administrativo	Autorizaciones	Contratado
12/12/16	Administrativo	Compras	Contratado
01/04/20	Lic. En Cs. De la Comunicación	Comunicación y Logística	Agrupamiento político
08/01/19	Administrativo	Compras	Contratado
01/03/21	Administrativo	Auditoria Medica	Contratado
16/05/16	Lic. en Trabajo Social	Discapacidad	Designación temporaria
02/09/00	Administrativo	Rosario de la Frontera	Afectado al Programa
02/09/00	Administrativo	Farmacia	Contratado
01/04/20	Administrativa	Diálisis y trasplante	Contratado
01/04/20	Psicopedagoga	Discapacidad	Contratado
06/10/11	Administrativo	Control Facturas	Planta permanente
07/11/18	Medico	Auditoria Medica	Contratado
01/04/20	Contador Público Nacional	Área Contable	Afectado al Programa
01/02/17	Medico	Auditoria Medica	Contratado
01/09/17	Administrativo	Farmacia	Contratado
06/10/11	Administrativo	Afiliaciones	Planta permanente
01/08/21	Administrativo	Autorizaciones	Contratado



LISTADO DE PERSONAL AÑO 2021

INGRESO	FUNCION	AREA	SITUACION LABORAL
06/10/11	Administrativo	Farmacia	Planta permanente

Actualmente la UGP ha generado convenios con cuarenta y tres (43) municipios, de los 60 de la Provincia, para lograr optimizar el Programa Incluir Salud. En los cuales cada Municipio ha designado personal y dispuesto ambientes y áreas, para realizar las tareas inherentes al Programa, los cuales fueron capacitados.

En la ciudad de Salta, la UGP y el Hospital San Bernardo, que es cabecera del Sistema de Salud Provincial, convinieron en designar personal para asesorar sobre los alcances del Programa, a los potenciales beneficiarios y/o familiares.

- **Sistema de Información**

Incluir Salud Salta opera con un sistema propio, desarrollado bajo Visual Basic con una base de datos en SQL 2012 y consta de los siguientes módulos, independientes entre si, y que a la fecha se siguen usando todos:

- Menú Carga: Consulta de afiliaciones, autorización de medicación, prácticas, derivaciones, traslados, manejo de mono drogas, presentaciones, emisión de carnet, detalle de consumo.
- Menú Expedientes: Manejo de expedientes, comprobantes, liquidaciones, órdenes de pago, cheques, retenciones, proveedores.
- Menú PACBI: Modulo de consulta de consumo de medicación de alto costo.
- Menú Farmacia: Control de medicación autorizada y pendiente de entrega. Actualmente sin uso.
- Menú Prótesis: Manejo de expedientes de prótesis, entrega de materiales descartables, seguimiento de entregas y comodatos.

- **Reglamento Operativo – Infraestructura.-**

El edificio que ocupa la UGP está situado en la zona norte de la ciudad a aproximadamente 20 cuadras de la plaza principal céntrica, lo que permite llegar a cercanías, entre tres y cinco cuadras de la misma, mediante 5 líneas de colectivos. Tales como las denominadas Transversal, 5A, 5B, 7A y 7B. Aunque ninguna línea circula por el frente que ocupa la UGP.

El edificio tiene un acceso principal con doble puerta de vidrio, disponiendo de una rampa para silla de ruedas y barandas laterales para su ingreso. Este ambiente se dispuso para atención a los beneficiarios. La planta baja dispone de ocho oficinas (Auditoría Médica, Autorizaciones, Discapacidad, PACBI, Afiliaciones, Derivaciones, Facturación y Mesa de Entradas), tres baños para empleados y un baño para público. Dos salas de espera, una en interior del edificio y la otra en la parte externa adaptada con techo que la cubre parcialmente, al igual que el piso que no está totalmente revestido

y, que se comunica con la Oficina de Coordinación, la que cuenta con cuatro oficinas (Contable, Responsable Administrativo-Contable, Compras y Coordinación), cocina y dos baños. Existe, además, un acceso lateral por el cual ingresan también los beneficiarios.

El primer piso dispone de cuatro oficinas, Diálisis, Farmacia, Anexo Farmacia, Legales/Informática, cada una con su respectivo baño, las que son destinadas solo para personal interno, sin acceso a los los beneficiarios, por tener escaleras en su único acceso .

El segundo piso se adaptó para depósito.

- **Reglamento Operativo – Equipamiento.-**

El equipamiento informático es acorde a las necesidades que debe abastecer para cada área de servicio, como la relacionada con las contables y financieras. Al igual que las líneas telefónicas fijas y móviles.

- **Contratación de Seguros UGP y Prestadores**

Respecto de las coberturas de seguros, la UGP y el Personal que cumple funciones han contratado una cobertura específica a la Responsabilidad Civil de cada área y cada Profesional, de acuerdo a las resoluciones emitidas por la Superintendencia de Seguros de Nación.

En relación a los prestadores privados que brindan servicios a los beneficiarios, la UGP realiza la contratación de sus servicios para ejecutarlos en forma urgente y temporal y se consulta a padrones institucionales y de Clinicas privadas con seguros contratados.

- **Difusión del Programa.-**

La UGP ha emitido trípticos, banners, afiches que se encuentran a disposición de los beneficiarios y sus familiares con información para la difusión del alcance del Programa Incluir Salud en la Provincia. La que se obtiene por el uso del lector de código QR. Además, de disponer de información digital, mediante la página web específica y por redes sociales y disponer de un correo electrónico, para comunicación institucional. Las cuales se encuentran insertas en el tríptico.

- **Cumplimiento de Mandas Judiciales.-**

La UGP fue notificada en órdenes judiciales durante el periodo 2.021, solamente por ampliación de cobertura específica a algunos beneficiarios y al estar ya incluidos en el padrón respectivo no se informa a la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud (DNASS).

- **Registro de Quejas, Reclamos y Denuncias.-**

La UGP está en curso de ejecución la realización de encuestas de satisfacción a los beneficiarios y/o familiares del Programa.





Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

Red Prestacional de Discapacidad.-

La UGP junto a sus delegaciones efectúa un relevamiento de los efectores prestacionales públicos, en forma anual, teniendo presente el protocolo relacionado a la pandemia de Covid-19, ha efectuado auditorías a las instituciones que brindan atención a los Beneficiarios, en el marco de la Emergencia Sanitaria Covid-19.

• **Verificación de conciliaciones bancarias y control de rendición de cuentas.-**

La UGP dispuso habilitar la cuenta corriente Banco Macro N° 3-100-0940090299-0 denominada UGP-PROFE, para percibir los fondos girados por ANDIS.

La Provincia de Salta, a través de la UGP, percibió fondos en concepto de cápita, extra cápita y servicio de hemodiálisis, durante el período 2.021 de acuerdo al siguiente cuadro:



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

INGRESOS CONVENIO UGP - PERIODO 2.021				
Fecha de Ingreso	Cápita	Extra Cápita	Ayuda Financiera por Hemodialisis	Total
SALDO INICIAL 01/01/2021				\$ 33.626.712,98
04/01/2021	\$ 19.773.840,80	\$ 19.773.840,80		
11/01/2021	\$ 19.782.190,40			
11/01/2021	\$ 19.784.973,60	\$ 19.784.973,60		
ene-21	\$ 59.341.004,80	\$ 39.558.814,40		\$ 98.899.819,20
19/02/2021		\$ 19.782.190,40		\$ 19.782.190,40
feb-21		\$ 19.782.190,40		\$ 19.782.190,40
19/03/2021	\$ 19.772.648,00			\$ 19.772.648,00
mar-21	\$ 19.772.648,00			\$ 19.772.648,00
05/04/2021		\$ 19.772.648,00		\$ 19.772.648,00
14/04/2021			\$ 2.105.000,00	\$ 2.105.000,00
14/04/2021			\$ 2.038.000,00	\$ 2.038.000,00
14/04/2021			\$ 2.045.000,00	\$ 2.045.000,00
22/04/2021	\$ 19.762.310,40			\$ 19.762.310,40
22/04/2021		\$ 19.762.310,40		\$ 19.762.310,40
abr-21	\$ 19.762.310,40	\$ 39.534.958,40	\$ 6.188.000,00	\$ 65.485.268,80
31/05/2021	\$ 19.791.335,20			\$ 19.791.335,20
may-21	\$ 19.791.335,20			\$ 19.791.335,20
16/06/2021		\$ 19.791.335,20		\$ 19.791.335,20
25/06/2021	\$ 19.807.636,80			\$ 19.807.636,80
jun-21	\$ 19.807.636,80	\$ 19.791.335,20		\$ 39.598.972,00
02/07/2021		\$ 19.807.636,80		\$ 19.807.636,80
16/07/2021			\$ 1.874.000,00	\$ 1.874.000,00
jul-21		\$ 19.807.636,80	\$ 1.874.000,00	\$ 21.681.636,80
02/08/2021	\$ 19.835.468,80			\$ 19.835.468,80
06/08/2021			\$ 106.878,64	\$ 106.878,64
23/08/2021		\$ 19.835.468,80		\$ 19.835.468,80
25/08/2021			\$ 2.064.000,00	\$ 2.064.000,00
26/08/2021	\$ 19.829.902,40			\$ 19.829.902,40
27/08/2021		\$ 19.829.902,40		\$ 19.829.902,40
ago-21	\$ 39.665.371,20	\$ 39.665.371,20	\$ 2.170.878,64	\$ 81.501.621,04
06/09/2021			\$ 950.000,00	\$ 950.000,00
16/09/2021	\$ 19.870.060,00			\$ 19.870.060,00
16/09/2021		\$ 19.870.060,00		\$ 19.870.060,00
27/09/2021	\$ 19.903.458,40			\$ 19.903.458,40
28/09/2021			\$ 2.297.000,00	\$ 2.297.000,00
sep-21	\$ 39.773.518,40	\$ 19.870.060,00	\$ 3.247.000,00	\$ 62.890.578,40
06/10/2021		\$ 19.903.458,40		\$ 19.903.458,40
06/10/2021			\$ 2.266.000,00	\$ 2.266.000,00
27/10/2021			\$ 2.324.000,00	\$ 2.324.000,00
oct-21		\$ 19.903.458,40	\$ 4.590.000,00	\$ 24.493.458,40
11/11/2021	\$ 22.915.954,32			\$ 22.915.954,32
nov-21	\$ 22.915.954,32			\$ 22.915.954,32
22/12/2021	\$ 22.744.946,56			\$ 22.744.946,56
23/12/2021		\$ 22.915.954,32		\$ 22.915.954,32
23/12/2021		\$ 22.744.946,56		\$ 22.744.946,56
27/12/2021	\$ 22.756.834,80			\$ 22.756.834,80
28/12/2021		\$ 22.756.834,80	\$ 2.395.000,00	\$ 25.151.834,80
dic-21	\$ 45.501.781,36	\$ 68.417.735,68	\$ 2.395.000,00	\$ 116.314.517,04
TOTAL DE INGRESOS PERIODO 2021				\$ 593.127.999,60
TOTAL DE INGRESOS + SALDO INICIAL				\$ 626.754.712,58



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

Tales importes se corresponden con el Padrón de Beneficiarios emitido por la Agencia Nacional de Discapacidad, que remite periódicamente en forma actualizados, a la UGP. Por lo cual ésta, emite las facturas requeridas por convenio.

El movimiento financiero de UGP durante el período 2.021, considerando los Extractos Bancarios, el Libro Banco y las conciliaciones bancarias, se presentan en el siguiente:

MOVIMIENTOS FINANCIEROS DE LA UGP - PERIODO 2.021			
	Saldo según Resumen Bancario	Saldo según Libro Banco	Saldo Conciliación Bancaria
Saldo Inicial	\$ 33.626.712,98		
ENERO	\$ 87.926.332,98	\$ 87.926.332,98	\$ 87.926.332,98
FEBRERO	\$ 81.964.757,21	\$ 81.964.757,21	\$ 81.964.757,21
MARZO	\$ 14.345.583,26	\$ 14.345.583,26	\$ 14.345.583,23
ABRIL	\$ 32.420.359,11	\$ 32.420.359,11	\$ 32.420.359,11
MAYO	\$ 22.017.994,42	\$ 22.017.994,42	\$ 22.017.994,42
JUNIO	\$ 23.049.189,43	\$ 23.049.189,43	\$ 23.049.189,43
JULIO	\$ 4.816.885,52	\$ 4.816.885,52	\$ 4.816.885,52
AGOSTO	\$ 48.952.772,24	\$ 48.952.772,24	\$ 48.952.772,24
SETIEMBRE	\$ 48.946.123,69	\$ 48.946.123,69	\$ 48.946.123,69
OCTUBRE	\$ 16.865.840,79	\$ 16.865.840,79	\$ 16.865.840,79
NOVIEMBRE	\$ 5.436.649,02	\$ 5.436.649,02	\$ 5.436.649,02
DICIEMBRE	\$ 39.935.396,77	\$ 39.935.396,77	\$ 39.935.396,77

La UGP presentó las pertinentes Rendiciones de Cuentas por mes, mediante expedientes y los formularios establecidos en el Convenio, los que se conforman con el Estado de Origen y Aplicación de Fondos, Extracto Bancario, Copia del Libro Bancos, Conciliaciones Bancarias, Detalle analítico de Créditos, Detalle Analítico de Deudas, Detalle Analítico de Origen de Fondos y Detalle Analítico de Aplicaciones de Fondos, firmados y sellados por los responsables de cada área. Las fechas remitidas de las rendiciones, se exponen en el siguiente:



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

RENDICIONES DE UGP - PERIODO 2.021			
Nº DE EXPEDIENTE	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO	Importe Rendido y Aplicado
EX2021-24551440	19/03/2021	ene-21	\$ 44.600.199,20
EX2021-34158734	20/04/2021	feb-21	\$ 25.743.766,17
EX2021-45331789	20/05/2021	mar-21	\$ 87.391.821,98
EX2021-54002056	16/06/2021	abr-21	\$ 47.410.492,92
EX2021-64746761	19/07/2021	may-21	\$ 30.193.699,89
EX2021-76681030	20/08/2021	jun-21	\$ 38.567.776,99
EX2021-88603557	20/09/2021	jul-21	\$ 39.913.940,71
EX2021-100398547	20/10/2021	ago-21	\$ 37.365.734,32
EX2021-112340479	18/11/2021	sep-21	\$ 62.897.226,95
EX2021-123193379	20/12/2021	oct-21	\$ 56.573.741,30
EX2021-06221762	20/01/2022	nov-21	\$ 34.345.146,09
EX2021-14569604	15/02/2022	dic-21	\$ 81.815.769,29

El Inventario de la UGP se presenta en forma anual, siendo el actualizado con fecha de 29/08/2022.

Transporte.-

La UGP ha dispuesto abonar por concepto de transporte de beneficiarios, mediante Disposiciones emitidas por la Coordinación General. En el siguiente cuadro se presenta el progreso de los importes durante el periodo 2.021:

IMPORTE TRANSPORTE PERIODO 2,020/2.021				
Período	Disposición Nº	Descripción	Importe/Km. Sin dependenc	Importe/Km. Con dependenc
AI 01/03/2.020	01/2.020	Transporte/Km. con paciente a bordo	\$ 16,47	\$ 22,23
AI 01/03/2.021	01/2,021	Transporte/Km. con paciente a bordo	\$ -	\$ 19,76
AI 01/07/2.021	09/2,021	Transporte/Km. con paciente a bordo	\$ 23,70	\$ 39,60
AI 01/10/2.021	10/2,021	Transporte/Km. con paciente a bordo	\$ 26,07	\$ 45,31

El importe se abona una vez que los Prestadores presentan la factura pertinente y se genera número de Expte. Pasa al Área de Discapacidad la cual se encarga de realizar una auditoría de la prestación del servicio. (Control del beneficiario en padrones nacionales, control de documentación adjunta a la facturación, cantidad de días autorizados, cantidad de km autorizados). Pasa al área de facturación



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

con informe sobre auditoria prestacional realizada; esta área coteja los valores por km facturados que no excedan al monto ni días autorizados. Se emite informe final de esta área con detalle de los débitos debidamente justificados, en caso de corresponder. Se comunica a la Institución de Discapacidad y se solicita Nota de Crédito. Recepcionada la misma, se realiza liquidación de factura y una vez ingresados los fondos por parte de la Agencia Nacional de Discapacidad, en concepto de extra cápita, se remite el expediente con su correspondiente liquidación al área contable para emisión de orden de pago y pago de las correspondientes facturas.

Funcionamiento Administrativo.-

La UGP ha dispuesto fondos para su funcionamiento administrativo, considerando los importes transferidos de la cápita básica, de acuerdo al siguiente:

IMPORTES DE CAPITAS - PERIODO 2.021						
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
MONTO PERCIBIDO	\$ 59.341.004,80	\$ 0,00	\$ 19.772.648,00	\$ 19.762.310,40	\$ 19.791.335,20	\$ 19.807.636,80
4%	\$ 2.373.640,19	\$ 0,00	\$ 790.905,92	\$ 790.492,42	\$ 791.653,41	\$ 792.305,47
ACUMULADO	\$ 0,00	\$ 671.108,08	-\$ 755.267,20	\$ 0,00	-\$ 196.473,67	\$ 0,00
GASTOS DE FUNCIONAMIENT	\$ 1.702.532,11	\$ 1.426.375,28	\$ 3.245.630,62	\$ 986.966,09	\$ 2.372.306,01	\$ 2.296.469,00
DIFERENCIA ACUMULADA	\$ 671.108,08	-\$ 755.267,20	-\$ 3.209.991,90	-\$ 196.473,67	-\$ 1.777.126,28	-\$ 1.504.163,53
DIFERENCIA MENSUAL	\$ 671.108,08	-\$ 1.426.375,28	-\$ 2.454.724,70	-\$ 196.473,67	-\$ 1.580.652,60	-\$ 1.504.163,53

CAPITAS -	IMPORTES DE CAPITAS - PERIODO 2.021						
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTALES
MONTO PERCIBIDO	\$ 0,00	\$ 39.665.371,20	\$ 39.773.518,40	\$ 0,00	\$ 22.915.954,32	\$ 45.501.781,36	\$ 286.331.560,48
4%	\$ 0,00	\$ 1.586.614,85	\$ 1.590.940,74	\$ 0,00	\$ 916.638,17	\$ 1.820.071,25	\$ 11.453.262,42
ACUMULADO	\$ 0,00	\$ 0,00	-\$ 1.105.061,19	-\$ 2.354.236,06	\$ 0,00	\$ 0,00	
GASTOS DE FUNCIONAMIENT	\$ 2.780.562,39	\$ 2.691.676,04	\$ 2.840.115,60	\$ 2.452.940,49	\$ 4.052.689,87	\$ 3.843.926,57	\$ 30.692.190,07
DIFERENCIA ACUMULADA	-\$ 2.780.562,39	-\$ 1.105.061,19	-\$ 2.354.236,06	-\$ 4.807.176,55	-\$ 3.136.051,70	-\$ 2.023.855,32	-\$ 19.238.927,65
DIFERENCIA MENSUAL	-\$ 2.780.562,39	-\$ 1.105.061,19	-\$ 1.249.174,86	-\$ 2.452.940,49	-\$ 3.136.051,70	-\$ 2.023.855,32	-\$ 19.238.927,65

El importe ejecutado durante el periodo 2.021, para gastos de funcionamiento administrativo de la UGP, supero el porcentaje establecido en el convenio en un 6,72 %, importe de \$ 19.238.927,65, respecto de los fondos transferidos por cápita. Ello considerando que tiene plena vigencia el convenio original cláusula octava según adenda 2.020

[Firma manuscrita]

Eje 2 - Prestador de Discapacidad

Aspectos administrativos y de Funcionamiento:

Los Prestadores, según la muestra determinada, están ubicados en la ciudad de Salta y zonas aledañas, los que fueron evaluados siguiendo el plan de trabajo. Todo Prestador forma parte del padrón de la UGP y se encuentran conveniados con la ANDIS, en el que constan la denominación, el nombre del responsable institucional, domicilio, datos de contacto y su categoría.

Los prestadores siguen las directivas enunciadas por la ANDIS para poder estar incluido en el sistema y brindar la asistencia para la cual solicitaron y fueron inscriptos. Y en la Provincia se rigen por la Resolución N° 150/17 y Anexo, emitida por el Ministerio de Salud Pública de Salta, que Aprueba Reglamento de Habilitación y Categorización de Establecimientos Asistenciales para el desarrollo de la calidad en Servicios de Salud.

Tal Resolución propende al mejoramiento de la calidad de la atención que reduzca al mínimo el riesgo del paciente y optimice sus posibilidades de preservación, recuperación y rehabilitación de la Salud y, hacer operativas normas técnicas y científicas elaboradas por los Comités Científicos y/o Sociedades conjuntamente con el Programa de Fiscalización y Control de Calidad de Servicios de Salud (PRO.FI.CC.SSA.), el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta (COLMEDSA), otros Colegios o entidades científicas donde sea necesaria su participación.

La Resolución establece las Especificaciones Generales de los distintos sectores que conforman los aspectos edilicios de cada prestador, Artículo 24°, regula las características constructivas y las que se determinan para los espacios físicos como el de Circulación en el Artículo 25°, Sala de Espera en Artículo 26°, de los Sanitarios en el Artículo 27°, Consultorios en el Artículo 28°.

El Artículo 34° acuerda normas para los Establecimientos de Asistencia Kinésica y Rehabilitación Física, relacionada con la habilitación, fiscalización y categorización de los consultorios que brinden tratamiento kinésico y de fisioterapia, siguiendo los lineamientos establecidos en las Resolución Ministerio de Salud de Nación-MSN N° 801/94 y N° 47/01, que forman parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), o las que en un futuro las reemplacen.

El Artículo 43° de la citada Res. MSP N° 150/17 trata sobre Servicio de Atención de Personas con Discapacidad y declara que se deberá dar cumplimiento a la Directriz de Organización y Funcionamiento para este Servicio aprobada por el MSN e incorporadas al PNGCAM, mediante Res.1328/2016 o la que en el futuro la reemplace.

Los Servicios de Nutrición y Alimentación están reglamentados en el Artículo 55° que establece la obligación de dar cumplimiento a la Directriz de Organización y Funcionamiento para este Servicio aprobada por el MSN e incorporadas al PNGCAM, mediante Res. MSN N° 1674/07 o la que el futuro la reemplace. La dotación de personal estará determinada por las características del Servido y los convenios laborales en vigencia.

Los Prestadores evaluados en la muestra presentan las siguientes características:



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

PRESTADORES DE DISCAPACIDAD - PERÍODO 2.021					
Prestador	Ayudame a Crecer S.R.L.	H.I.R.P.A.C.E.	C.I.B.A.	FU.RE.NE.	ANIDAR
Modalidad de Prestación	Estimulación Temprana - Esc. Inicial y Primaria(Especial) - Inclusión Escolar -Centro Educativo y Terapeutico	Centro Educativo Terapéutico - Educación General Básica y Centro de Rehabilitación Nivel I - Estimulación Temprana	Centro Educativo Terapeutico - Integración Escolar	Concurrencia Permanente	Centro Educativo Terapeutico - Integración Escolar
Domicilio	Zuñiría Nº 752- Salta	Santiago del Estero Nº 1.951 Salta	Mendoza Nº 1.060 Salta	Avda. J. Castellano Nº 1.229 San Lorenzo-Salta	Balcarce Nº 380 - Salta

PRESTADORES DE DISCAPACIDAD - PERÍODO 2.021					
Prestador	Aprendiendo a Ser II	SACRA FILIAL SALTA	LEVEN	INSTITUTO GRANJA TALLER	ANIDAR UNA PROPUESTA INCLUSIVA
Modalidad de Prestación	Jornada de Día - Jornada Doble	Escuela de Educación Especial - Centro Educativo Terapeutico Jornada Simple y Doble - Centro de Día (4 Instituciones)	Estimulación temprana - Centro de Rehabilitación - Servicio de apoyo Inclusión escolar	Centro de día	Centro Educativo Terapeutico - Estimulación Temprana - Inclusión Escolar
Domicilio	Ruta Nº 86, Km. 2,6, Cerrillos - Salta	La Florida Nº 476 - Salta - Capital y Ruta Nacional Nº 51 Km. 20,5 Campo Quijano - Salta	Sarmiento Nº 344 Cerrillos - Salta	Lote Nº 52 Plano 569 Finca Las Blancas Cerrillos - Salta	Manzana Nº 7 Lote 18-19 Atocha - Salta

Los Prestadores durante las tareas de campo fueron evaluados y se verificó la asistencia y control de los beneficiarios, tipo de transporte utilizado, gestión de carga de legajos, sistema financiero contable y facturación, estado de deudas de ANDIS con los mismos, listado de personal de planta permanente y contratado, infraestructura edilicia, habilitación municipal, provincial y nacional, mantenimiento y limpieza del edificio utilizado, seguros contratados, ambiente de la cocina y utensilios para disponer de las comidas.

Los Prestadores disponen de un ambiente específico para el almacenamiento de los Legajos de los Beneficiarios, ordenados por período y alfabéticamente, en los cuales constan datos personales como copia de DNI, Certificado de Discapacidad, carta de solicitud y aceptación al Prestador o en su caso la evaluación para ser aceptado por la Institución, firmada por padres o tutor o representante legal, Informe social, planificación adecuada para el período.

- **Control de beneficiarios en el turno indicado**

Se procedió a efectuar control de los beneficiarios presentes en el turno indicado que conforman la muestra y se exponen en Anexo III.

Por su parte, los Prestadores realizan el control de asistencia diaria de los Beneficiarios mediante planillas volantes firmadas por celador o el chofer que los traslada. La presencia o ausencia del Beneficiario se vuelcan en el sistema informático para poder emitir posteriormente detalle de asistencia del período mensual a la UGP y, presentar la factura pertinente.

- **Control de legajo - Información mínima correspondiente**

Se procedió a efectuar control de los legajos de beneficiarios que conforman la muestra y se exponen en Anexo III.

- **Control de beneficiarios – Requisitos excluyentes.**

Se procedió a efectuar control de los beneficiarios verificando los requisitos excluyentes y se expone en Anexo III.

- Control de la facturación de la prestación.

Se procedió a verificar las facturas emitidas por los prestadores y su respaldo documental.

El detalle de los Prestadores y su evaluación completa se presenta en el siguiente:

PRESTADORES DE DISCAPACIDAD - PERÍODO 2.021					
Prestador	Ayudame a Crecer S.R.L.	H.I.R.P.A.C.E.	C.I.B.A.	FU.RE.NE.	ANIDAR
Categoría	A	A	A	Hogar Permanente A	A
Importe Pagado	\$ 36.984.008,51	\$ 36.878.156,23	\$ 29.915.532,06	\$ 22.185.867,00	\$ 14.937.084,26
Suscribió Convenio con ANDIS	NO. En Marzo firmaron en Salta Convenios con los prestadores y no aceptaron firmar por tener la categorización en trámite. Hasta Octubre 2.021 tenían convenio en vigencia y actualmente desde el mes de julio tiene convenio firmado	Firmado 6/10/22 con Incluir Salud y ANDIS en forma presencial.	SI. Convenio en ANDIS para firma.	SI	SI
Registro Nacional de Prestadores	SI	SI	SI	SI. Constancia en el Registro de Prestadores	SI
Vínculo con la UGP	Satisfactorio	Muy Satisfactorio	Satisfactorio	Muy Satisfactorio	Poco Satisfactorio
Habilitación del Centro	SI	SI	SI	SI. Renovación en Trámite	SI
Área de Mantenimiento Propia	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	NO. Una sola persona con contrato	NO. Contratan de acuerdo a los inconvenientes
Personal de Limpieza Propia	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	No. Son tre personas con contrato	Empleados Dependientes de la Institución
Ingreso con accesibilidad p/personas con movilidad reducida	SI	SI	SI	SI	SI
Registro de Quejas	SI. Libro de Actas	Libros de quejas y Sugerencias	SI. Cuadernos	NO. Son beneficiarios que estan por Mandas Judiciales	SI. Libro de Actas
Facturación del Periodo Auditado	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica
Facturas Impagas por la ANDIS	SI. Agosto 2.021 \$ 111.073,07 y Dic. 2.021 \$ 128.217,67	No Existe Deuda Periodo 2.021	No Existe Deuda Periodo 2.021 Existe deuda periodo 2.019-2.020	No Existe Deuda Periodo 2.021	SI. Enero 2.021 Fact. Nº B- 3 3144 \$ 32.413,44 - Feb 2.021 Fact. Nº B- 3-3145 \$ 32.413,44 y Set 2.021 Fact. Nº B-3-3407 \$ 43.763,23.-
Planilla de Asistencia de beneficiarios	SI	SI	SI	SI	SI



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

PRESTADORES DE DISCAPACIDAD - PERÍODO 2.021					
Prestador	Aprendiendo a Ser II	SACRA FILIAL SALTA	LEVEN	INSTITUTO GRANJA TALLER INTI PUNKU	ANIDAR UNA PROPUESTA INCLUSIVA
Categoría	A	A	Sin Categorizar	A	A
Importe Pagado	\$ 98.903.659,49	\$ 238.295.988,13	\$ 29.347.704,05	\$ 24.503.123,43	\$ 17.365.660,89
Suscribió Convenio con ANDIS	SI. Existe Convenio	SI. Convenio en ANDIS para firma.	En Trámite en la ANDIS	SI. Existe Carta Documento de la DNPM-Incluir Salud - Prórroga	SI. Existe Convenio
Registro Nacional de Prestadores	SI	SI	SI. Por Adenda al convenio Marco	SI	SI
Vínculo con la UGP	Muy Satisfactorio	Satisfactorio	Muy Satisfactorio	Nada Satisfactoria	Poco Satisfactorio
Habilitación del Centro	SI	SI	SI	SI	SI
Área de Mantenimiento Propia	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	NO. Contratan de acuerdo a la Necesidad	Empleados Dependientes de la Institución
Personal de Limpieza Propia	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución	Empleados Dependientes de la Institución
Ingreso con accesibilidad p/personas con movilidad reducida	SI	SI	SI	SI	SI
Registro de Quejas	SI. Libro de Acta de Reuniones con familias de beneficiario	SI. Cuadernos	NO. Presenta informe de actividades realizadas.	SI. Libro de Acta y Libro Novedades de los Beneficiarios	Libro de Acta
Facturación del Período Auditado	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica	SI. Facturación Electrónica
Facturas impagas por la ANDIS	Año 2.019 \$ 3.549.447,88 Año 2.020 \$ 2.145.598,12 Año 2.021 \$ 332.416,13	NO Existe Deuda Período 2.021	Enero/21 - 14/05/21 Fact. Nº 4-1241 \$86.435,84 - Marzo/21 Complementaria 19/05/21 Fact. Nº 4-1245 \$ 6.179,68 - Feb/21 Complementaria 01/06/21 Fact. Nº 4-1288 \$ 111.669,44 - Año 2.018 \$549.747,60 - Año 2.019 \$ 1.605.817,48	Adjunta detalle y copia de factura adeudada período 2.021. Fact. "C" Nº 2-567 Período Set/2021 \$ 1.793.787,16 de fecha 17/10/2021 y Fact. "C" Nº 2-557 Período Abr/2021 \$ 281.860,41 de fecha 05/08/2021.	No Existe Deuda Período 2.021
Planilla de Asistencia de beneficiarios	SI	SI	SI	SI	SI

VII. OBSERVACIONES DEL EJERCICIO

Observación N° 1: INCUMPLIMIENTO a Reglamento Operativo – CAPÍTULO 5 - 5.1 DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN PROVINCIAL - De las características edilicias y equipamiento de la UGP.

La ubicación del edificio que ocupa la UGP no está localizada en zona de fácil acceso a medios públicos de transporte.

El espacio dispuesto para sala de espera externa al edificio principal, no dispone totalmente de revestimiento, lo que es inaccesible para beneficiarios con discapacidad y familiares que los acompañen.

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Gestionar un edificio acorde a lo establecido en el Reglamento Operativo.

Efecto: Dificultad de acceso al actual edificio por parte de los Beneficiarios.

Opinión del Auditado: La Coordinación UGP elevó a las autoridades la necesidad de adecuar las instalaciones para una mayor afluencia de personas con discapacidad.



Incumplimiento de ANDIS de los plazos de pago. Existen deudas pendientes de pago del Ejercicio 2.021 y anteriores, al momento de las tareas de campo.

Deuda de ANDIS a Prestadores al momento de tarea de campo	
Nombre Prestador	Deuda de ANDIS
Ayudame a Crecer S.R.L.	Ago 2.021 \$ 111.073,07 Dic. 2.021 \$ 128.217,67
CET ANI-DAR	Enero 2.021 Fact. N° B- 3-3144 \$ 32.413,44 Feb. 2.021 Fact. N° B- 3-3145 \$ 32.413,44 / Set. 2.021 Fact. N° B-3-3407 \$ 43.763,23
Aprendiendo a Ser II	Año 2.019 \$ 3.549.447,88 Año 2.020 \$ 2.145.598,12 Año 2.021 \$ 332.416,13
LEVEN	Enero/21 - 14/05/21 Fact. N° 4-1241 \$ 86.435,84 Feb/21 Complementaria 01/06/21 Fact. N° 4-1288 \$ 111.669,44 Marzo/21 Complementaria 19/05/21 Fact. N° 4-1245 \$ 6.179,68 Año 2.018 \$ 549.747,60 – Año 2.019 \$ 1.605.817,48
INSTITUO GRANJA TALLER INTI PUNKU	Abr. 2.021 Fact. "C" N° 2-557 \$ 281.860,41 de fecha 05/08/2021 Set. 2.021 Fact. "C" N° 2-567 \$ 1.793.787,16 de fecha 17/10/2021

Estado de situación: Sin Acción correctiva Informada.

Efecto:. Prestadores sin convenios de prórroga firmados formalmente.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

Opinión del Auditado: Los prestadores recibieron Nota informando prórrogas según Res. 428/20.

Estado de situación: Sin Acción correctiva Informada.

Observación N° 4: INCUMPLIMIENTO a Resolución N° 453/18 – ANEXO I – ADENDA AL CONVENIO MARCO VIGENTE – COMPROMISO DE TRABAJO PERIODICO 2019 – CAPITULO I: ALCANCES DE LA ADENDA Y COMPROMISO – Modifíquese la cláusula DECIMOCTAVA, que quedará redactada de la siguiente manera: ***"DECIMOCTAVA: "DEL DESTINO DE LAS TRANSFERENCIAS".LA PROVINCIA únicamente podrá disponer hasta de un cuatro por ciento (4 %) de los fondos efectivamente transferidos de la cápita básica a que se refiere la cláusula SEPTIMA para el funcionamiento administrativo de la Unidad de Gestión Provincial (UGP) y Unidad de Gestión Local (UGL); a tal efecto dispondrá"***

El importe ejecutado durante el período 2.021, para el funcionamiento administrativo de la UGP, superó el porcentaje establecido en la Adenda al Convenio Marco en un 6,72 % (\$ 19.238.927,65) respecto de los fondos transferidos por cápita básica.

Riesgo: MEDIO.

Recomendación: Aplicar los conceptos normativos establecidos en función de su prelación.

Efecto: Aplicación de débitos a la cápita básica y/o suspensión automática de transferencias a la UGP.

Opinión del Auditado: Los importes percibidos por cápita básica durante el período auditado fueron insuficientes para cubrir los gastos de funcionamiento de la UGP, ya que los valores de la cápita fueron actualizados solo una vez al año y además, se afectaron por el nivel inflacionario. Aún así, el Reglamento Operativo aprobado en enero de 2020, permite a la UGP disponer del cuatro por ciento (4 %) de lo transferido por nación a provincia, en concepto de cápita básica y extra cápita.

Estado de situación: Con Acción Correctiva Informada.

VI. CONCLUSION

Conforme surge del resultado de las tareas realizadas con el alcance mencionado precedentemente, en relación al relevamiento y análisis de la adecuación y aplicación de las herramientas y buenas prácticas de control interno en la gestión del Programa Federal Incluir Salud, excepto por lo observado, se encuentra implementado.

Salta, 21 de diciembre de 2.022
Dr. GUSTAVO A. FERRARIS
PRESIDENTE
AUDITORIA GENERAL DE LA PROVINCIA



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

X. ANEXO I - PROGRAMA DE TRABAJO UGP



Unidad de Gestión Provincial (UGP).

Fecha de visita *in situ*: 17/10/2.022

DATOS GENERALES					
UNIDAD DE GESTIÓN PROVINCIAL:	Unidad de Gestión Provincial de Salta				
DOMICILIO UGP:	Martina Silva de Gurruchaga 125 – Salta				
COORDINADOR/RESPONSABLE:	Dra. Emilce Maury				
AUDITOR MEDICO RESPONSABLE:	Dr. Casalderey				
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO-CONTABLE:	CPN Daniel Saravia				
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA DE LA UGP					
NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
1.- ¿La Provincia suscribió Convenio Marco con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)?	X				Adjunta copia. Addenda Convenio firmado por Res. AND N° 98/2.020.
2.- ¿La Provincia suscribió Compromiso de Trabajo Periódico?	X				Adjunta copia. Convenio firmado Res. AND N° 98/2.020 y Anexo y Compromiso de Trabajo.
CARACTERÍSTICAS EDILICIAS Y EQUIPAMIENTO DE LA UGP	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
3.- ¿La UGP cuenta con las características edilicias según lo requerido por el Reglamento Operativo? <u>Ver Reglamento Operativo.</u>			X		No cumple en su totalidad. Ver Observación N° 1.
4.- ¿La UGP cuenta con el equipamiento según lo requerido por el Reglamento Operativo? <u>Ver Reglamento Operativo.</u>	X				
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
5.- ¿La UGP cuenta con la dotación requerida según el Reglamento Operativo? Detallar la cantidad y la formación profesional de los mismos.	X				
6.- ¿La UGP cuenta con el asesoramiento de otros profesionales? Detallar la cantidad y especialización de los mismos.	X				Durante el período 2.021 no fue necesario la contratación de otros profesionales.
7.- ¿La UGP cuenta con UGL o Delegaciones a cargo? En caso afirmativo detallar cantidad y localizaciones.		X			Se hizo convenio con Municipios (43) para lograr efectivizar la gestión de los mismos.
8.- En caso de que la UGP cuente con UGL o Delegaciones, detallar su dotación y la especialización de los mismos.		X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

9.- Según el número de Hospitales Regionales o de cabecera en la jurisdicción, ¿Fueron asignados administrativos capacitados para responder a consultas, tramitar autorizaciones, armado y envío de documentación, entrega de materiales, gestión de turnos, etc.? En caso afirmativo, detallar la relación existente entre la cantidad de administrativos y la cantidad de beneficiarios que cubre el Hospital Regional o de cabecera.	X				La UGP designó personal para trabajar en el Hospital San Bernardo, cabecera de la Provincia.
10.- En el relevamiento realizado al personal de la UGP, ¿Se detectó superposición de tareas/duplicidad en la cadena de mando? En caso afirmativo, detallar tarea duplicada, duplicidad en la cadena de mando, profesiones involucradas.		X			Adjunta copia de la nómina de Personal y tareas asignadas.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
11.- ¿Cuáles son los Sistemas de información utilizados para la gestión de los procesos? Describir y detallar los mismos.	X				Adjunta copia del sistema informático y gestión de procesos.
12.- ¿Están identificadas las personas con acceso a la información?	X				Adjunta copia de las personas asignadas.
13.- ¿Posee política de seguridad física implementados en función a los accesos informados? Detallarlas.	X				
14.- ¿Posee sistema back up Server? Detallar	X				
15.- ¿Posee Plan de Contingencias? Detallar.		X			Se solicitó a Subs.de Tecnol. e Infor.un proy. de sist. de gestión
CONTRATACION DE SEGUROS UGP Y PRESTADORES					
SEGUROS	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
16.- ¿La UGP contrato un seguro de Responsabilidad Civil y Penal por Mala Praxis destinados a cubrir los efectos de la ejecución de las obligaciones asumidas por esta y por todo el plazo de vigencia del Convenio?	X				
17.- En caso de que se incorpore prestadores privados, ¿La UGP les exige la contratación de un seguro de Responsabilidad Civil Contractual, Extracontractual y de Mala Praxis médica a los efectos derivados de la ejecución de las obligaciones asumidas por estos y por todo el plazo de vigencia del Convenio?		X			La UGP garantiza el acceso a la salud efectivo, oportuno y de calidad para los Beneficiarios que deben dirigirse a los prestadores que conforman la Red Pública de la Provincia. Durante el período auditado la UGP no recurrió a contrataciones con Prestadores Priv.
18.- En caso afirmativo, ¿La UGP les requiere copia certificada de las pólizas correspondientes y los recibos de pagos de las primas?				X	
19.- Para ambos casos, ¿La UGP remite a la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud (DNASS) de la Agencia Nacional de Discapacidad, copias certificadas de la póliza?				X	



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

DIFUSION DEL PROGRAMA					
DIFUSION DEL PROGRAMA	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
20.- ¿La difusión del Programa se realiza en formato digital y/o material impreso? En caso afirmativo,	X				Adjunta material.
21.- El material de difusión (digital y/o impreso), ¿Está realizado en lenguaje comprensible y accesible?	X				Adjunta material.
22.- El material de difusión (digital y/o impreso), ¿contiene la siguiente información general:					
A- Características del Programa?	X				
B- Modalidad de acceso a los servicios?	X				
C- Dirección del Ministerio Provincial, de la UGP y de las Delegaciones o referentes locales?	X				
D- Listado de Prestadores integrantes de la Red Provincial, en los tres niveles de atención y cobertura de urgencias y emergencias, con sus respectivas direcciones y teléfonos?	X				Está especificada por normativa que se trata de la Red Pública de Prestación de la Provincia. Se accede por medio del código QR.
VERIFICACION DE CONCILIACIONES BANCARIAS, TRANSFERENCIAS y CONTROL DE RENDICION CION DE CUENTAS					
CUENTAS Y CONCILIACIONES BANCARIAS	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
23.- ¿La UGP utiliza, en forma exclusiva y excluyente, cuenta bancaria especial abierta a los fines de la acreditación de los fondos correspondientes al Convenio? En caso afirmativo, indicar banco, tipo y número de cuenta, firmantes y niveles de firma.	X				Adjunta copia de resúmenes bancarios.
24.- En caso de que la legislación provincial vigente prevea que los fondos recibidos deberán ser depositados en una cuenta única y general, ¿Se procedió a transferir las sumas -dentro del plazo de quince (15) días de acreditados- a una cuenta especial, de manera tal que permita identificar los movimientos contables correspondientes al Programa?				X	Nación transfiere y acredita directamente en la cuenta del Banco Macro.
25.- ¿Existe -en el período auditado- inmovilización de fondos? En caso afirmativo, detallar en observaciones, cuál es el motivo y el monto del saldo inmovilizado.		X			La UGP ejecuta los fondos transferidos por ANDIS, de acuerdo a la fecha de acreditación de los mismos.
TRANSFERENCIAS	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
26.- ¿La Provincia utiliza fondos efectivamente transferidos de la cápita básica para el funcionamiento administrativo de la UGP y UGL? En caso afirmativo, ¿El monto utilizado es inferior o igual al 8% de lo efectivamente transferido?	X				El monto utilizado es el 6,92 %, del transferido por cápita, considerando el . Ver Observación N° 4.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

RENDICIÓN DE CUENTAS	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
27.- ¿La UGP cumplió con la obligación de rendir cuentas según lo acordado en el Convenio? Detallar fecha de las rendiciones remitidas a la AN-DIS, en el periodo auditado.	X				Adjunta copia de las Rendiciones presentadas.
28.- ¿La UGP realizó la presentación mensual -por el periodo auditado- de los siguientes informes:					
A- Estado de Situación Financiera Corriente según Anexo A del Reglamento Operativo firmado al efecto	X				
B- Estado de Origen y Aplicación de Fondos (EOAF) según Anexo B del Reglamento Operativo firmado al efecto	X				
C- Inventario de Bienes Muebles-s/Anexo C del Reglamento Operativo firmado al efecto	X				Se presenta en forma anual, según lo establecido en el mismo formulario.
D- Información adicional obligatoria:					
a. Extractos Bancarios	X				
b. Copia del Libro Blanco	X				
c. Conciliación Bancaria	X				
29.- ¿Todos los informes fueron firmados por el Coordinador de la UGP y Contador Público?	X				
30.- En caso de ausencia del Coordinador, ¿Se presentó nota e informes firmados por inmediato superior?		X			
31.- En caso de ausencia del Contador, ¿Se presentó nota donde se indica a quién se designa en su reemplazo para la firma de los informes?		X			
32.- ¿La UGP presentó alguna rectificativa de los informes? En caso afirmativo detallar cuantas rectificativas presentó y sobre cuáles.		X			
33.- En caso de incumplimiento a la obligación de rendir cuentas en tiempo y forma, ¿Los montos no rendidos fueron reintegrados al Estado Nacional? Detallar periodo no rendido y monto reintegrado.				X	



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

CUMPLIMIENTO DE LAS MANDAS JUDICIALES					
MANDAS JUDICIALES	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
34.- ¿Se le notificó a la UGP alguna manda Judicial para ser cumplida en el periodo auditado?	X				Adjunta copia. Las mandas judiciales se notificaron solamente por ampliación de cobertura específica.
35.- En caso afirmativo, ¿La misma fue cumplimentada?	X				
36.- ¿La misma fue informada a la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud (DNASS) de la Agencia Nacional de Discapacidad?		X			Aunque se trata de beneficiarios que ya forman parte del parón y, solo se amplía la cobertura, dispuestas por mandas judiciales.
REGISTRO DE QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS					
REGISTRO DE QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
37.- ¿La UGP lleva un registro de quejas, reclamos y denuncias? En caso afirmativo, detallar la cifra total y enumerar las quejas, reclamos y denuncias más reiterativas; asimismo corroborar si se tomó alguna acción correctiva, en caso de corresponder.	X				Adjunta copia.
38.- ¿Cómo transmite la UGP a la autoridad superior las quejas, reclamos y/o denuncias más sensibles? Describir.	X				Lo realiza por mail específico a Nación (mail:consultasincluisa-lud@gmail.com) y, antes autoridades provinciales.
39.- ¿La UGP cuenta con un mecanismo de control a fin de asegurar una respuesta a las quejas, reclamos y denuncias realizadas? Describir.	X				
MONITOREO DEL PROGRAMA					
MONITOREO DEL PROGRAMA	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
40.- ¿La UGP realiza encuestas de satisfacción a los beneficiarios del programa? En caso afirmativo, detallar cantidad de encuestas realizadas en el periodo auditado.			X		Están en curso de ejecución.
41.- ¿La UGP analiza los resultados de las encuestas para tomar luego decisiones al respecto? En caso afirmativo, verificar y describir los resultados relevantes y las acciones tomadas al respecto.				X	
42.- ¿La UGP remite trimestralmente a la DNASS la información mensual estadística, epidemiológica, prestacional y sanitaria, según lo establecido en el Reglamento Operativo firmado? En caso afirmativo, indicar metodología y fecha de remisión de los mismos.	X				Solo se remitió el último trimestre del 2.021, por razones de la epidemia COVID-19.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

RED PRESTACIONAL DE DISCAPA	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
43.- ¿La UGP efectúa el Relevamiento provincial de efectores prestacionales públicos, incluidos o no incluidos en Convenio en base a su estado de acreditación, para la atención de personas con discapacidad?	X				
44.- ¿La UGP realiza el relevamiento en forma anual? En caso negativo, detallar la periodicidad en la que realiza esta acción.	X				En el período 2.021, se efectuó a algunas instituciones, debido a la pandemia COVID-19.
AUDITORIAS DE TERRENO REALIZADAS POR LA UGP					
AUDITORIAS EN TERRENO	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
45.- ¿La UGP realiza auditorías de terreno que permitan supervisar y controlar el desempeño prestacional de los efectores que brindan atención a los beneficiarios del Programa?	X				
46.- ¿Estas auditorías contemplan entrevistas con los beneficiarios del Programa?	X				
47.- ¿Los resultados de las acciones de auditoría son registrados mediante informes escritos?	X				
48.- ¿De los informes surgen observaciones relevantes? En caso afirmativo, verificar y describir las observaciones y las acciones tomadas.	X				Adjunta informes.
49.- ¿La UGP realiza planificación de las auditorías de terreno?	X				En el 2.021 se efectuaron sin una planificación, debido a la pandemia COVID-19.
VERIFICACIÓN DE ENVÍO DE SOLICITUDES DE AFILIACIONES A LA DNASS					
SOLICITUD DE AFILIACIONES	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
50.- ¿La UGP envía a la Dirección de Afiliaciones de la Agencia Nacional de Discapacidad, al menos una vez por mes, las solicitudes de afiliaciones una vez que el beneficiario presenta la totalidad de la documentación requerida para afiliarse al Programa? En caso contrario, describir el plazo máximo y mínimo de envío de las solicitudes encontradas.	X				Se efectúa una vez por semana.
51.- ¿La UGP guarda constancia de la remisión de los pedidos de afiliaciones por correo postal?	X				
52.- ¿La UGP cuenta con algún procedimiento de control de las solicitudes? Describir.	X				Adjunta informe del Área de Afiliaciones.
RELEVAMIENTO DEL CIRCUITO DE CONTROL, REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES EN LAS PRESTACIONES REALIZADAS A LOS BENEFICIARIOS					
NOVEDADES EN LAS PRESTACIONES	SI	NO	PAR CIAL	N/A	Comentarios
53.- ¿La UGP lleva un registro de las novedades producidas en los pacientes e informadas por los Prestadores de:					



A- Discapacidad		X			Porque los prestadores informan directamente a ANDIS.
B- Transporte	X				
C- PACBI (Prestaciones de Alto Costo y Bajo Impacto)	X				
D- Prestaciones PMO (Programa Médico Obligatorio)	X				
54.- ¿La UGP actualiza los legajos/historias clínicas de cada beneficiario?	X				
RELEVAMIENTO CIRCUITO DE CONFECCIÓN DE FACTURAS RECIBIDAS P/ LOS PRESTADORES					
FACTURACIÓN	SI	NO	PARCIAL	N/A	Comentarios
55.- ¿La facturación – respecto a la cápita y extra cápita – fue enviada a la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud (DNASS), dentro de los 10 días hábiles posteriores al mes vencido?	X				
56.- Requisitos formales de facturación:					
A- ¿La confección de las facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X				
B- ¿La facturación presenta número del beneficiario?	X				
C- ¿La facturación presenta apellido y nombre del beneficiario?	X				Se especifica según el padrón de beneficiarios.
D- ¿La facturación presenta la sumatoria total en número y letras?	X				En Anexo.
E- ¿La facturación presenta firma y sello/aclaración del responsable de la Unidad Ejecutora u Organismo?	X				
F- ¿La documentación respaldatoria hace referencia al número de factura a la cual corresponde?	X				De acuerdo al padrón remitido mensualmente por ANDIS.
G- En caso de haber convenido la entrega de un soporte magnético de información, ¿El mismo forma parte de la documentación obligatoria que debe acompañar a la factura?	X				Se permite por el sistema TAD.
57.- ¿La DNASS le comunicó a la provincia -por el período auditado- algún rechazo o débito por documentación incompleta? Detallar número de factura rechaza y/o número de débito percibido.		X			
58.- ¿La UGP presento pedido de reconsideración por los débitos percibidos?				X	
59.- ¿El pedido de reconsideración fue debidamente fundamentado por la UGP?				X	
60.- ¿El pedido de reconsideración se formalizo en una nueva facturación?				X	
61.- ¿La facturación correspondiente al pedido de reconsideración consigno indefectiblemente el N° de nota del débito que lo origino?				X	



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

XI. ANEXO II - PROGRAMA DE TRABAJO PRESTADO- RES - ENTREVISTAS



1. CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO ANIDAR

Fecha de visita *in situ*: 20-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO - ANIDAR
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Jornada – Inclusión Escolar
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. María Elena Arce
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Cr. Luis Villegas

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Adjunta copia del Convenio con vencimiento 2.013, con Nota de Prorroga remitida por ANDIS hasta 2.020.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta copia.
VÍNCULO CON UGP		Detallar		
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Poco satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Mail			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	De acuerdo a la necesidad – No hay periodicidad.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			Adjunta copia de Habilitación Municipal.
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta copia de Habilitación Municipal.
7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta copia.

[Firma]



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

En caso positivo, ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			Se encuentra firmado.
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia de póliza de seguro.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?		X		Contratación de acuerdo a los inconvenientes
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				Contratación de acuerdo a los inconvenientes
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Prueba fotográfica.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			Prueba fotográfica.
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar :	X			Consta con libro de actas, por toda inquietud.
Tipo de registración	X			Manual.
Modalidad de seguimiento	X			De acuerdo a las necesidades.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?				
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:	X			Adjunta copia de las encuestas.
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Se aplicó posterior a la Pandemia, no es habitual.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturas Electrónicas. Se adjunta copia.
17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan periodo correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo periodo (mes) de facturación?	X			

[Firma]



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla Excel a la Agencia Nacional.
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla Excel a la Agencia Nacional.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Adjunta planilla anexa.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS	X			Enero 2.021 \$ 32.413,44; Feb 2.021 32.413,44; Set. 2.021
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			Adjunta planilla.
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



2. UNA PROPUESTA EDUCATIVA – FUNDACION ANIDAR

Fecha de visita *in situ*: 11-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	UNA PROPUESTA INCLUSIVA - FUNDACION ANIDAR
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Centro Educativo Terapéutico – Estimulación temprana - Inclusión Escolar
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. María Elena Arce
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	José Sosa - Cr. Luis Villegas

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Adjunta copia del Convenio.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta constancia.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Poco satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Mail – Teléfono – personal.			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Cada 15 días y de acuerdo a la necesidad.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta copia de Habilitación Municipal.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia de póliza de seguro.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				En caso de ser necesario se contrata de acuerdo al evento.
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Adjunta constancia fotográfica.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar:	X			Actas de padres (Libro), General (1) y Talleres de formación laboral (2).
Tipo de registración	X			Manual.
Modalidad de seguimiento	X			Se realiza con asistentes sociales.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?	X			Se encuentran asentadas en el libro de actas.
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:				
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Adjunta copia de encuesta.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturas Electrónicas. Según normativa de AFIP.
17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas	X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

incluyen un solo período (mes) de facturación?				
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			Adjunta planilla con los listados de los beneficiarios.
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Adjunta planilla.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS?	X			No existe deuda 2.021 a la fecha.
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			Adjunta planilla.
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



3. APRENDIENDO A SER II

Fecha de visita *in situ*: 05/09/2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	APRENDIENDO A SER II
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Centro de día – Jornada Doble
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Licenciada Raquel Ramírez
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Cra. Analía Del Valle Ramas

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Adjunta Copia – Vencimiento 22/03/2.023
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?			X	
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta copia
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Muy Satisfactoria			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Personal – Digital - Telefónica			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Semanal			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			Adjunta Copia de Habilitación Municipal
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta Copia de Habilitación Municipal.
7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?			X	Son Exentos por el tipo de prestación.



☐ En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?			X	
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia Póliza de Responsabilidad Civil de la Institución.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución.
☐ En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución.
☐ En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una CONTINGENCIA?	X			Existe cartelería con el plan de evacuación (Foto).
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar :		X		Tienen un libro de Actas de reuniones con familias de los beneficiarios.
☐ Tipo de registración				Manual.
☐ Modalidad de seguimiento				Mensual. De acuerdo a situaciones particulares.
☐ ¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?		X		
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:	X			
☐ ¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Anual.
☐ Resultados de la última medición	X			
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			Entrega copia de facturación, la cual se realiza en la Provincia de Buenos Aires.

[Handwritten signature]



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X				
17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X				
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			La facturación se realiza por mes de prestación.	
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			Indica el N° de Resolución N° 02/2.021.	
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			Centro de día – Jornada Doble.	
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Las facturas se presentan con listado adjunto de los beneficiarios.	
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			En listado adjunto.	
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Se presenta Planilla adjunta a la facturación.	
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			Se adjunta muestra de planilla adjunta.	
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			Están realizando facturación electrónica y el importe total está en números y letras.	
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X				
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.	X			Año 2.019 \$ 3.549.447,88 - Año 2.020 \$ 2.145.598,12 - Año 2.021 \$ 332.416,13	
BENEFICIARIOS		SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X				
Legajos de los beneficiarios presentes en el Turno y día visitado.	X				



4. AYUDAME A CRECER

Fecha de visita *in situ*: 09/09/2022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	AYUDAME A CRECER S.R.L.
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Estimulación Temprana – Esc. Inicial y primaria (especial) – Inclusión escolar y Centro educativo Terapéutico.
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Lic. Soledad Somorrostro – Lic. Marcela Carpio
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Gabriela Castro – Lic. Soledad Somorrostro

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE		SI	NO	N/A	Comentarios
1- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.		X			En Marzo firmaron en Salta convenios, y no aceptaron firmar por tener la categorización en trámite.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?		X			Hasta octubre 2021 tenían el convenio en vigencia y actualmente desde el mes d julio tiene convenio firmado. (Adjunta copia de los dos convenios).
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?		X			Adjunta copia de la inscripción.
VÍNCULO CON UGP		Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)		Satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?		Personal - Digital			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?		Semanal			
REGISTROS		SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?		X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional		X			Adjunta copia de Habilitación Municipal.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta copia de Inscripción.
En caso positivo, ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia de Póliza.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Empleados dependientes de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Empleados dependientes de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Foto adjunta.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?				
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar:	X			Libro de Acta
Tipo de registración	X			Manual
Modalidad de seguimiento	X			Libro semanal
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?	X			
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:	X			
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Anual
Última medición	X			Adjunta copia.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.
17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?		X		
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			Se identifica por el monto que tipo de práctica se refiere.
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla anexa.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Adjunta planilla anexa.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			Facturación Electrónica.
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS?	X			Agosto 2021 – Fact. N° 3-4191 tipo B \$ 111.073,07 de fecha 8/9/21 y Dic. 2021 Fact. N° 3-4587 tipo B \$ 128.217,67 de fecha 13/06/22.
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



5. CENTRO INTEGRAL BUENOS AIRES- C.I.B.A.

Fecha de visita *in situ*: 19-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	C.I.B.A. CENTRO INTEGRAL BUENOS AIRES
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Centro Educativo Terapéutico – Integración Escolar
DIRECTOR/A DE INSTITUCIÓN:	Licenciada Herminda Yone Estrada
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Sra. Valeria Renfijes

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Envía por mail copia Convenio firmado al día 01/07/18. El Convenio actual se encuentra en Buenos Aires para firma.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta copia.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Personal – Mail.			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Mensual.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta copia.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta copia.
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			Adjunta copia firmado por el director.
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia de póliza de seguro.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Son empleados de la Institución – Adjunta copia del listado de personal.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados de la Institución – Adjunta copia del listado de personal.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Constancia Fotográfica.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar:	X			
Tipo de registración	X			Manual.
Modalidad de seguimiento	X			Mensualmente- semanal.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?	X			Realizan revisación del cuaderno. Todas las novedades quedan asentadas en el Registro
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:				
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Depende de las novedades.
Resultados de la última medición	X			Foto cuaderno.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/ Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Con planilla Excel adjunta listado de beneficiarios.
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Con planilla adjunta.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Planilla anexa.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.		X		No tienen facturas impagas del período 2.021. Existe deuda 2.019-2.020.
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			Adjunta copia.
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

6. FUNDACION F.U.R.E.N.E.

Fecha de visita *in situ*: 08-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	FUNDACION FU.RE.NE. N° 6.265
CATEGORÍA:	Hogar Permanente A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Concurrencia permanente
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. Carina Paola Alegre
RESPONSABLE ADMINIS- TRATIVO/CONTABLE:	CPN Luis Guillermo Vaca

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Adjunta Convenio.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Se adjunta constancia en el Sistema de Registro de Prestadores.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Muy Satisfactorio.			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Personal – Formato papel			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Quincenal – Mensual dependiendo de las novedades.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?				
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Renovación en trámite.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta constancia.
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta constancia
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?		X		Contratan servicios cuando es necesario. Sr. Alegre, Adjunta contrato
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?		X		Son tres personas contratadas. Adjunta contrato.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Adjunta copia del plano de evacuación.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			Foto.
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar:		X		Son beneficiarios que están en el Hogar en forma permanente por mandas judiciales.
Tipo de registración				
Modalidad de seguimiento				
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?				
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:		X		Son Mandas Judiciales.
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?				
Resultados de la última medición				
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			

17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta planilla anexa con listado de beneficiarios.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Adjunta Planilla anexa con listado de beneficiarios.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			Declaración Jurada del Prestador.
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.		X		No existe deuda de ANDIS.
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			Presentan Declaración Jurada del Prestador con los beneficiarios.
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			Son Hogar Permanente



7. INSTITUTO GRANJA TALLER INTI PUNKU

Fecha de visita *in situ*: 16/09/2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	INSTITUTO GRANJA TALLER –Y HOGAR – INTI PUNKU
CATEGORÍA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Centro de día
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Licenciado Marcelo Morfulis
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Sr. Luis Cerino

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Adjunta copia, el Convenio se encuentra en la ANDIS, para firma- Presenta consulta de prestadores de Servicio.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta constancia de la página de prestadores de servicio.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Satisfactorio.			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Personal – Digital.			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Mensual.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta copia de Habilitación Municipal.
7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta constancia de la página de prestadores de servicio.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia póliza de seguro.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución. Adjunta listado de personal.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución. Adjunta listado de personal.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?	X			
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Foto.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			Foto de rampas.
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar:	X			
Tipo de registración	X			Manual por cuadernos.
Modalidad de seguimiento	X			Diario.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?				
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:	X			Son a través de reuniones de directores con los padres o tutores, visitas domiciliarias que son anotadas en los cuadernos.
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?				
Resultados de la última medición	X			Foto.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Listado presentado en ANDIS conjuntamente con la factura..
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Listado presentado en ANDIS conjuntamente con la factura
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			Planilla adjunta.
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.	X			Adjunta detalle y copia de factura adeudada período 2.021. Fact. "C" N° 2-567 Período Set/2021 \$ 1.793.787,16 de fecha 17/10/2021 y Fact. "C" N° 2-557 Período Abr/2021 \$ 281.860,41 de fecha 05/08/2021.
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			Adjunta copia.
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el</u> Turno y día visitado.	X			

[Handwritten signature]



8. FUNDACION LEVEN

Fecha de visita *in situ*: 31-08-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	FUNDACION LEVEN – LINEAMIENTO Y ENFOQUE
CATEGORÍA:	Sin Categorizar
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Estimulación Temprana – Centro de Rehabilitación y Servicio de Apoyo Inclusión Escolar.
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. Silvia Tomllanovich – Sra. Ivana Sulekic
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Cra. Nora Torregroza

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			En trámite en la ANDIS.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Por Adenda al Convenio Marco y Compromiso de Trabajo Periodo 2.019 – Fecha 20/12/2.018. Se adjunta copia.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Muy satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Personal – Digital.			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Quincenal.			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Tiene Habilitación Municipal, Provincial – Adjunta copia de los dos edificios.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Presenta registros por edificio y por Dirección – Adjunta copia.
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			Desde el 18/08/2.022 – Adjunta copia.
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Por Responsabilidad Civil – Adjunta copia. Por mala praxis adjunta copia. Cada Profesional que interviene en el centro presenta su seguro de mala praxis.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				Es locación de Servicio.
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			En relación de dependencia. Son dos personas. Adjunto F 931 de AFIP.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Presenta plano de evacuación
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar :	X			
Tipo de registración	X			Es cada seis meses. Se realiza con los tutores y/o pacientes, relacionado con la aspectos terapéuticos.
Modalidad de seguimiento	X			De acuerdo a la demanda emergente del beneficiario.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?		X		Presenta informe de actividades realizadas relacionadas.
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:		X		S están implementando.
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?				
Resultados de la última medición				
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.
17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?	X			
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			Adjunta Anexo.
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Adjunta Anexo.
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta Anexo.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			Facturación Electrónica.
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?				
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.	X			Enero/21 - 14/05/21 Fact. N° 4-1241 \$86.435,84 – Marzo/21 Complementaria 19/05/21 Fact. N° 4-1245 \$ 6.179,68 - Feb/21 Complementaria 01/06/21 Fact. N° 4-1288 \$ 111.669,44 – Año 2.018 \$549.747,60 – Año 2.019 \$ 1.605.817,48
BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el</u> Turno y día visitado.	X			



9. SACRA

Fecha de visita *in situ*: 06-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	SACRA – FILIAL SALTA
CATEGORIA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Escuela de Educación Especial – Centro Educativo Terapéutico Jornada Simple y Doble – Centro de día (4 Instituciones).
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. Ester Lidia Córdoba
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Sr. Rodrigo Silva

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE		SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.		X			Existe Carta documento de la Dirección Nacional de Prestaciones Médicas – Incluir Salud, donde se prorroga por 12 meses en uso de facultades otorgadas por Decreto N° 449/2005. Prorroga por Nota de ANDIS 2.020
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?					
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?		X			Año 2.021 expediente en trámite, con constancia por nota al Ministerio de Salud Pública, de que se renovó la categorización en Servicios Nacional de Prestadores.
VÍNCULO CON UGP		Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)		Nada Satisfactoria			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?		Personal y por mail.			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?		Mensual.			
REGISTROS		SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?		X			Constancia de Habilitación Municipal de Campo Quijano.
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?		X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Constancia de Prestador Servicio Nacional de Prestadores.
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?				
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Constancia de Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil. Actual vigencia 11/03/2022 al 11/03/2023.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?		X		Contratan (plomeros, gasistas, etc.) de acuerdo a los eventos que vayan sucediendo.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				Terceriza los servicios de mantenimiento.
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar :	X			Además cuentan con Libros de Actas, Libro de Quejas, Libro de novedades de los beneficiarios.
Tipo de registración	X			Manual.
Modalidad de seguimiento	X			Legajo Personal de cada beneficiario.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?				No existen reclamos.
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:	X			
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?	X			Diario, de acuerdo a las necesidades.
Resultados de la última medición				Libro de novedades de beneficiarios.
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			Nº Código de prestador Nº 5.344
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo periodo (mes) de facturación?	X			La facturación es mensual.
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?		X		Tiene constancia del telegrama que prorroga el Convenio Nº 449/2005.
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Se presenta factura con planilla anexo.
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			En planilla Anexa.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?	X			
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: Nº de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.		X		Las prestaciones del período auditado año 2.021 se encuentran pagadas.
BENEFICIARIOS - INFORMACION A	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



10. HIRPACE – HOGAR

Fecha de visita *in situ*: 06-09-2.022

DATOS GENERALES	
PRESTADOR:	H.I.R.Pa.Ce. – HOGAR INSTITUTO DE REHABILITACION DEL PARALITICO CEREBRAL
CATEGORIA:	A
MODALIDAD DE PRESTACIÓN:	Centro Educativo Terapéutico – Educación General Básica y Centro de Rehabilitación Nivel I – Estimulación Temprana
DIRECTOR/A DE INSTITUCION:	Sra. Amalia del Carmen Peralta
RESPONSABLE ADMINISTRATIVO/CONTABLE:	Cra. Natalia G. Scarttezzini

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE FUNCIONAMIENTO

NORMATIVA VIGENTE	SI	NO	N/A	Comentarios
1.- ¿El Prestador suscribió Convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad adhiriéndose al Programa Incluir Salud (ANDIS)? Detallar en comentarios la fecha de suscripción del último convenio firmado entre las partes.	X			Firmado 6/10/22 con Incluir Salud y ANDIS en forma presencial.
En caso <u>negativo</u> , ¿Se cuenta con Convenio Firmado con el ex Ministerio de Salud a tal fin, o con algún antecedente normativo?				
2.- ¿El Prestador se encuentra inscripto en el Registro Nacional de Prestadores a cargo del ex Servicio Nacional de Rehabilitación (Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios)?	X			Adjunta constancia de inscripción.
VÍNCULO CON UGP	Detallar			
3.- ¿Cómo es el vínculo del Prestador con la UGP? (Satisfactorio/Poco Satisfactorio/Muy Satisfactorio/ Nada Satisfactorio)	Muy Satisfactorio			
4.- ¿Cuáles son los canales de comunicación con la UGP?	Teléfono – Mail - WhatsApp			
5.- ¿Cuál es la periodicidad en la comunicación?	Diaria			
REGISTROS	SI	NO	N/A	Comentarios
6.- ¿El Prestador cuenta con Habilitación del Centro?	X			
En caso <u>positivo</u> , ¿fue firmado por autoridad competente (Municipal, Provincial y/o Nacional)?	X			Adjunta copia constancia de habilitación municipal.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

7.- ¿El Prestador se encuentra incorporado en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud?	X			Adjunta constancia de inscripción.
En caso <u>positivo</u> , ¿está firmado por médico competente o Director del Centro?	X			Se Adjunta copia de Resolución.
8.- ¿El Prestador cuenta con Seguros de Responsabilidad Civil, contractual y extracontractual y de mala praxis médica?	X			Adjunta copia Póliza de Seguro.
INFRAESTRUCTURA:	SI	NO	N/A	Comentarios
9.- ¿Cuenta con área de mantenimiento propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
10.- ¿Cuenta con personal de limpieza propia?	X			Son empleados dependientes de la Institución.
En caso negativo, ¿Qué tipo de contratación tiene?				
11.- ¿Cuenta con un plan de evacuación del edificio ante una contingencia?	X			Foto.
12.- ¿Cuenta con ingreso con accesibilidad para personas con movilidad reducida?	X			
ATENCION AL PUBLICO	SI	NO	N/A	Comentarios
13.- ¿Cuenta con un registro de quejas, reclamos y/o denuncias? En caso positivo, especificar :	X			Libro de quejas y sugerencias en Mesa de Entrada.
Tipo de registración	X			Manual.
Modalidad de seguimiento	X			Diaria.
¿Cuenta con estadísticas de reclamos vs. respuestas?		X		
14.- ¿Cuenta con encuestas de satisfacción? En caso positivo, especificar:		X		
¿Cada cuánto se aplican las encuestas?			X	
Resultados de la última medición			X	
FACTURACIÓN Y ESTADO DE PAGOS	SI	NO	N/A	Comentarios
15.- Solicitar al Prestador listado de facturación del periodo auditado. Realizar una muestra y solicitar copia de las facturas de la muestra.	X			
16.- ¿La confección de la facturas fue realizada según lo establecido por la Resolución AFIP N° 3419 y sus modificatorias?	X			Facturación Electrónica.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

17.- ¿Las facturas presentan código de prestador y Razón Social?	X			
18.- ¿Las facturas presentan período correspondiente a las prestaciones? ¿Las mismas incluyen un solo período (mes) de facturación?	X			
19.- ¿Las facturas presentan como referencia la relación contractual vigente? ¿Se indica fecha de inicio y vencimiento del convenio?		X		
20.- ¿En las facturas se identifica el nombre de la práctica (Discapacidad – Centro de Día/Centro Terapéutico/etc.)?	X			
21.- ¿Las facturas presentan número de los beneficiarios?	X			Adjunta Anexo.
22.- ¿Las facturas presentan apellido y nombre de los beneficiarios?	X			Adjunta Anexo.
23.- En caso de que la facturación presentada por el prestador contenga más de 2 beneficiarios ¿Se adjunta a las facturas Planilla Anexa con los datos de todos los beneficiarios facturados?	X			
24.- ¿Las Planillas Anexas hacen referencia al número de factura a la cual pertenece?	X			
25.- ¿Las facturas presentan la sumatoria del importe total en número y letra?	X			De acuerdo Facturación Electrónica.
26.- ¿Las facturas presentan firma, sello y aclaración del responsable de la institución?		X		
27.- Del período auditado ¿existen facturas impagas por la DNASS/ANDIS? Detallar en comentarios: N° de factura, fecha de factura, importe y período facturado y fecha de presentación de la factura.		X		No existe deuda de ANDIS en el período 2.021.
BENEFICIARIOS - INFORMACION A	SI	NO	N/A	Comentarios
Planilla de Asistencia de los beneficiarios de Incluir Salud en la Institución indicando el Turno	X			
Legajos de los beneficiarios <u>presentes en el Turno y día visitado.</u>	X			



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

XII. ANEXO III - PROGRAMA DE TRABAJO PRESTADO- RES - Control de Documentación - Prestador de Disca- pacidad.




ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 20/09/2022.

Auditores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECIFICOS:	
PRESTADOR:	CET ANIDAR
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario				
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Josué E Tolaba	Alexis G. Carabajal Rodríguez	Karen A. Cardozo	Thiago B. de la Silva	Maria M. Martinez
En caso negativo, detallar el motivo.								
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A					
1. Historia clínica								
a- ¿Está firmada por profesional competente?	X							
b- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X							
c- ¿Esta detallado el pronóstico?	X							
d- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X							
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X							
a- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 23/08/27. Adjunta copia.	Vto 21/04/27. Adjunta copia.	Vto 22/11/22 según prorroga	Vto 12/08/25. Adjunta copia.	Vto 26/03/31. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	
a-¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X							
5.Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia	
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X					
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X					



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 11/10/2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECIFICOS:	
PRESTADOR:	FUNDACION ANIDAR
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario			
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Jose M. Vega Molina	Laura A. Chinchilla	Benjamín A. Guzmán	María José Puca
En caso negativo, detallar el motivo.							
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A				
1. Historia clínica							
e- ¿Está firmada por profesional competente?	X						
f- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X						
g- ¿Esta detallado el pronóstico?	X						
h- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X						
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X						
b- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 03/06/29. Adjunta copia.	Vto 08/05/24. Adjunta copia.	Vto 20/04/23. Adjunta copia.	Vto 19/12/23. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
b- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X						
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X				
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X				



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 05/09-2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

hoja 1/2

DATOS ESPECIFICOS:	
PRESTADOR:	APRENDIENDO A SER II
TURNO CONTROLADO: Turno mañana	

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario			
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Gaston M. Peredo	Lorena Paola Barrios	Claudio Raúl Lencina	Abigsill Luciana Zarate
En caso negativo, detallar el motivo.							
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A				
1. Historia clínica							
a-¿Está firmada por profesional competente?	X						
b-¿Esta detallado el diagnóstico?	X						
c-¿Esta detallado el pronóstico?	X						
d-¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X						
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X						
a-Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 14/08/2028	Vto 22/08/2029	Vto 20/03/2029	Vto 17/07/2028
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
a- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X						
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X				
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X				



hoja 2/2

ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ* : 05/09-2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario					
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Gaspar A. Navarro	Alejandro F. Carrasco	Monica Gervino	Tiara Colque	Joel Cazula Mansilla	Noelia Alicia Alvarez
En caso negativo, detallar el motivo.									
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A						
8. Historia clínica									
i- ¿Está firmada por profesional competente?	X								
j- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X								
k- ¿Esta detallado el pronóstico?	X								
l- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X								
9. Copia del Certificado de Discapacidad	X								
c- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 04/10/28	Vto 02/07/29	Vto 17/10/29	Vto 19/06/24	Vto 17/10/27	Vto 10/08/25
10. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia	Verificado. Adjunta Copia
11. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
c- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X								
12. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.	Es la Entrevista de Admisión y se firma Acta Acuerdo.
13. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X						
14. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X						



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 09/09-2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECIFICOS:	
PRESTADOR:	A Y UDAME A CRECER
TURNO CONTROLADO: Turno Mañana	

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario					
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Gabriel A. Farfán Ponce de León	Ramiro D. Guedilla	Katie A. Álvarez	Gastón E. Carreño Garay	Lautaro B. Cardozo Sarapura	Gabriel Navarro
En caso negativo, detallar el motivo.									
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A						
1. Historia clínica									
m- ¿Está firmada por profesional competente?	X								
n- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X								
o- ¿Esta detallado el pronóstico?	X								
p- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X								
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X								
d- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 11/07/23. Adjunta copia.	Vto 30/11/23. Adjunta copia.	Vto 28/08/23. Adjunta copia.	Vto 11/08/28. Adjunta copia.	Vto 21/06/24. Adjunta copia.	Vto 25/09/23. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
d- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X								
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X						
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X						



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 19/09/2022.

Auditores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECIFICOS	
PRESTADOR:	CENTRO INTEGRAL BUENOS AIRES – CIBA
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario				
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Simón Fabricio Núñez	Lucas Gabriel Aguirre	Braian Tomas Franco	Lucas Joel Cayo	Hipólito Eusebio Calpanchay
En caso negativo, detallar el motivo.								
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A					
1. Historia clínica								
q- ¿Está firmada por profesional competente?	X							
r- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X							
s- ¿Esta detallado el pronóstico?	X							
t- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X							
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X							
e-Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 05/04/2024. Adjunta copia.	Vto 24/08/2032. Adjunta copia.	Vto 19/08/2032. Adjunta copia.	Vto 13/06/2027. Adjunta copia.	Vto 18/08/2026. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
e-¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X							
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X					
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X					



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 08/09/2020.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECÍFICOS:

PRESTADOR: FUNDACION PARA LA
REHABILITACION NEUROLÓGICA - FURENE

TURNO CONTROLADO: Es un Hogar Permanente

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario			
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Jesús A. Farfán	Adán H. Laines	Florencia M. Rivero Andrada	Gabriela Benítez
En caso negativo, detallar el motivo.							
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A				
1. Historia clínica							
u- ¿Está firmada por profesional competente?	X						
v- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X						
w- ¿Esta detallado el pronóstico?	X						
x- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X						
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X						
f- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 21/06/24. Adjunta copia.	Vto 22/01/28. Adjunta copia.	Vto 11/07/27. Adjunta copia.	Vto 11/07/27. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
f- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X						
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Se trata de Manda Judicial. Adjunta copia.	Se trata de Manda Judicial. Adjunta copia.	Se trata de Manda Judicial. Adjunta copia.	Se trata de Manda Judicial. Adjunta copia.
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X				
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X				



ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 06/09/2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

CONTROL DE BENEFICIARIOS		SI	NO	N/A	Comentario				
					Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?		X			Martina Sofía Rojas Alfaro	Santiago Miranda	Aldana González	Zoe Catalina Michel	Octavio Armata
En caso negativo, detallar el motivo.									
CONTROL DE LEGAJOS:		SI	NO	N/A					
1. Historia clínica									
a- ¿Está firmada por profesional competente?		X							
b- ¿Esta detallado el diagnóstico?		X							
c- ¿Esta detallado el pronóstico?		X							
d- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?		X							
2. Copia del Certificado de Discapacidad		X							
a- Indicar fecha de vencimiento		X			Vto 01/11/26. Adjunta copia.	Vto 20/09/32. Adjunta copia.	Vto 06/08/29. Adjunta copia.	Vto 18/10/23. Adjunta copia.	Vto 21/06/22. Adjunta copia prorroga.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado		X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo		X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
a- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?		X							
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.		X			La Institución realiza una evaluación integral para la aceptación o no del Beneficiario.	La Institución realiza una evaluación integral para la aceptación o no del Beneficiario.	La Institución realiza una evaluación integral para la aceptación o no del Beneficiario.	La Institución realiza una evaluación integral para la aceptación o no del Beneficiario.	La Institución realiza una evaluación integral para la aceptación o no del Beneficiario.
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?				X					
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?				X					



[Handwritten signature]

ANEXO III – Control de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 16/09/2022.

Audidores de Auditoría General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECIFICOS:	
PRESTADOR:	INSTITUTO GRANJA TALLER – INTI PUNKU
TURNO CONTROLADO: Turno Mañana	

CONTROL DE BENEFICIARIOS	SI	NO	N/A	Comentario				
				Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X			Andrea Marian Lopez Marquez	Celia Roxana Cardozo	Juan Carlos Aguiar	David Antonio Castillo	Mario Jesús Gabriel García
En caso negativo, detallar el motivo.								
CONTROL DE LEGAJOS:	SI	NO	N/A					
1. Historia clínica								
a-¿Está firmada por profesional competente?	X							
b-¿Esta detallado el diagnóstico?	X							
c- ¿Esta detallado el pronóstico?	X							
d-¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X							
2. Copia del Certificado de Discapacidad	X							
a- Indicar fecha de vencimiento	X			Vto 11/02/2024. Adjunta copia.	Vto 27/02/2030. Adjunta copia.	Vto 14/06/2026. Adjunta copia.	Vto 25/04/2027. Adjunta copia.	Vto 01/03/2027. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X			Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
a-¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X							
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X			Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?			X					
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?			X					



Audidores de Auditoria General de la Provincia: Lic Mario Villarroel – CPN Mauricio Gallo.

DATOS ESPECÍFICOS					
PRESTADOR:		FUNDACION LEVEN			
TURNO CONTROLADO: Turno Mañana					
		Comentario			
		Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
CONTROL DE BENEFICIARIOS	NO	N/A			
1.- ¿El beneficiario presente se encuentra en el Día y Turno detallado por la Institución?	X		Ruth Yoselin Gualampa Fernández	Tomas Agustin del Jesús Acosta	Nestor Cruz Mendez
En caso negativo, detallar el motivo.					
CONTROL DE LEGAJOS:	SI NO N/A				
1. Historia clínica					
a- ¿Está firmada por profesional competente?	X				
b- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X				
c- ¿Esta detallado el pronóstico?	X				
d- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X				
2. Copia del Certificado de Discapacidad					
a- Indicar fecha de vencimiento	X	Vto 11/03/29. Adjunta copia.	Vto 29/09/22. Con prórroga. Adjunta copia.	Vto 14/08/21. Con prórroga. Adjunta copia.	Vto 22/03/27. Adjunta copia.
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado	X		Adjunta Copia	Adjunta Copia	Adjunta Copia
4. Proyecto Individual de trabajo	X		Adjunta copia.	Adjunta copia.	Adjunta copia.
a- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X				
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.	X		Adjunta copia	Adjunta copia	Adjunta copia
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?		X			
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?		X			



Audidores de Auditoria General de la Provincia Lic Mario Villarreal – CPN Mauricio Gallo

DATOS ESPECÍFICOS:									
PRESTADOR:				SACRA – FILIAL SALTIA					
TURNÓ CONTROLADO: Turno Mañana									
Comentario									
CONTROL DE BENEFICIARIOS									
SI	NO	N/A	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
X			Franco Sanchez	Ramiro Vargas	Claudia Gabriela Pavon	Nicolas Quiroga	Jesús Elias Alvarez	Luciana Nelly Cazula	
CONTROL DE LEGAJOS:									
SI	NO	N/A							
			1. Historia clínica						
X			a- ¿Está firmada por profesional competente?						
X			b- ¿Esta detallado el diagnóstico?						
X			c- ¿Esta detallado el pronóstico?						
X			d- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?						
X			2. Copia del Certificado de Discapacidad						
X			a- Indicar fecha de vencimiento						
X			3. Informe social firmado por trabajador social matriculado						
X			4. Proyecto Individual de trabajo						
X			a- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?						
X			5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.						
		X	6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?						
		X	7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?						



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

ANEXO II – Control de los beneficiarios – Prestador de Discapacidad
Fecha de visita: 05/05/2022
Auditor: Lic. Mario Villarreal – CFN Mauricio Gallo

Hoja 2/2

DATOS ESPECÍFICOS:									
PRESTADOR:	SACRA – FILIAL SALTA								
TURNO CONTROLADO: Turno Mañana									
CONTROL DE BENEFICIARIOS		Comentario							
SI	NO	N/A	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
X			Rodrigo Emanuel Soriano	Martin Sebastián Baez	Pablo Javier Quipildor	Virginia Tapia Ruiz	Zaira Gimena Ruiz	Fabrizio Ismael Huanca	
En caso negativo, detallar el motivo.									
CONTROL DE LEGAJOS:		SI	NO	N/A					
1. Historia clínica									
a- ¿Está firmada por profesional competente?	X								
b- ¿Esta detallado el diagnóstico?	X								
c- ¿Esta detallado el pronóstico?	X				Plan Anual de Trabajo				
d- ¿La historia clínica se encuentra actualizada?	X								
2. Copia del Certificado de Discapacidad									
a- Indicar fecha de vencimiento	X				Vto 13/05/2032	Vto 21/06/22 Prórroga con turno 08/11/22	Vto 31/08/2027	Vto 23/05/2023	Vto 25/07/2027
3. Informe social firmado por trabajador social matriculado									
4. Proyecto Individual de trabajo	X				Adjunta Copia Verificado. Adjunta Copia	Adjunta Copia Verificado. Adjunta Copia	Adjunta Copia Verificado. Adjunta Copia	Adjunta Copia Verificado. Adjunta Copia	Adjunta Copia Verificado. Adjunta Copia
a- ¿Firmado y sellado por todos los profesionales de la Institución?	X								
5. Nota del familiar o representante legal de la persona con discapacidad que solicite la prestación.									
6. En caso de internación, ¿se encuentra el consentimiento informado del paciente o su representante legal?		X			Entrevista Inicial y Acta Nº 1. Adjunta copia.	Entrevista Inicial y Acta Nº 1. Adjunta copia.	Entrevista Inicial y Acta Nº 1. Adjunta copia.	Entrevista Inicial y Acta Nº 1. Adjunta copia.	Entrevista Inicial y Acta Nº 1. Adjunta copia.
7. En caso de internación, ¿consta la internación del órgano de revisión?		X							



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

XIII. ANEXO IV - PROGRAMA DE TRABAJO PRESTADORES - Control y análisis de Documentación post relevamiento – Prestación Discapacidad.

ANEXO IV – Control y Análisis de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 20/09/2022

PRESTADOR:	CET ANIDAR			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	5		45	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padron de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	5		45	La facturación se realiza según la Planilla de asitencia emitida por la Institución.

Fecha de visita *in situ*: 11/10/2022

PRESTADOR:	FUNDACION ANIDAR			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	4		42	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padron de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	4		42	La facturación se realiza según la Planilla de asitencia emitida por la Institución.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

ANEXO IV – Control y Análisis de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 05/09/2022

PRESTADOR:	APRENDIENDO A SER II			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	10		236	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padrón de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	10		236	La facturación se realiza según la Planilla de asistencia emitida por la Institución.

Fecha de visita *in situ*: 09/09/2022

PRESTADOR:	AYUDAME A CRECER			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	6		126	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padrón de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	6		126	La facturación se realiza según la Planilla de asistencia emitida por la Institución.



ANEXO IV – Control y Análisis de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 19/09/2022

Formulario de Visita in situ: 10/06/2022

PRESTADOR:	CENTRO INTEGRAL BUENOS AIRES – CIBA			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	5		65	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padrón de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	5		65	La facturación se realiza según la Planilla de asistancia emitida por la Institución.

Fecha de visita *in situ*: 08/09/2022

PRESTADOR:	FUNDACION PARA REHABILITACION NEU- ROLOGICA - FURENE			
TURNO CONTROLADO:	Hogar Permanente			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	4		17	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padrón de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	4		17	La facturación se realiza según la Planilla de asistencia emitida por la Institución.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

ANEXO IV – Control y Análisis de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita *in situ*: 06/09/2022

PRESTADOR:	HOGAR INSTITUTO DE REHABILITACION DEL PARALITICO CEREBRAL – HIRPACE			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	5		89	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padron de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	5		89	La facturación se realiza según la Planilla de asitencia emitida por la Institución.

Fecha de visita *in situ*: 16/09-2022

PRESTADOR:	INSTITUTO GRANJA TALLER – INTI PUNKU			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	5		25	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padron de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	5		25	La facturación se realiza según la Planilla de asistencia emitida por la Institución.



ANEXO IV – Control y Análisis de Documentación - Prestador de Discapacidad

Fecha de visita in situ: 31/08/2022

PRESTADOR:	FUNDACION LEVEN			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	4		65	
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	4		65	La facturación se realiza según la Planilla de asitencia emitida por la Institución.

Fecha de visita in situ: 06/09/2022

PRESTADOR:	SACRA – FILIAL SALTA			
TURNO CONTROLADO:	Turno Mañana			
CONTROL DE BENEFICIARIOS	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
1.- ¿Los beneficiarios presentes se encuentran incluidos en el padrón en Incluir Salud?	12		525	Se verifico la asistencia a la Institución, según el Padron de Beneficiarios y una muestra al azar.
CONTROL DOCUMENTACION	SI	NO	Comentarios	
2.- ¿Coincide la categoría de la categorización que le fue asignado al Instituto con la categoría que figura en la facturación?	X			
CONTROL DE FACTURACION	INDICAR CANTIDADES			
	SI	NO	TOTAL	Comentarios
3.- Los beneficiarios presentes el día de la visita <i>in situ</i> , ¿Se encuentran en el periodo de la facturación entregada durante la entrevista?	12		525	La facturación se realiza según la Planilla de asitencia emitida por la Institución.



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

XIV. ANEXO V – MATRIZ DE HALLAZGOS.



MATRIZ DE HALLAZGO CONSOLIDADA.-

OBSERVACIÓN 1	
CRITERIO	Capítulo 5 – 5.1. de las Funciones y Responsabilidades de la UGP – De las características edilicias y Equipamiento de la UGP
SITUACIÓN ENCON-TRADA	La ubicación del edificio que ocupa la UGP no está en zona de fácil acceso a medios públicos de transporte. El espacio dispuesto para sala de espera externa al edificio principal, no dispone totalmente de revestimiento, lo que es inaccesible para beneficiarios con discapacidad y familiares que los acompañen.
DESVIO	Incumplimiento Reglamento Operativo. Dificultad de acceso al Edificio UGP para los beneficiarios.
HALLAZGO	Ubicación del Edificio
EFFECTOS	Dificultad de acceso al actual edificio por parte de los Beneficiario.
BUENAS PRÁCTICAS	Propiciar mejoras edilicias tanto para los Beneficiarios como para el Personal que presta servicios de modo de garantizar el derecho a la accesibilidad de las personas con discapacidad y sus familiares.
RECOMENDACIONES	Gestionar un edificio acorde a lo establecido en el Reglamento Operativo
IMPACTO	MEDIO
OBSERVACIÓN 2	
CRITERIO	Convenio Específico entre la Agencia Nacional de discapacidad (ANDIS) y los Prestadores integrantes de la Red Pública de Prestadores de la Provincia de Salta. Cláusulas del Pago, de la Cuenta del Prestador y de la Facturación-Procedimiento y de las Obligaciones del Prestador.
SITUACIÓN ENCON-TRADA	Existen deudas a Prestadores al momento de la realización de las tareas de campo
DESVIO	Incumplimiento al Convenio Específico. Atraso en el pago de prestaciones.
HALLAZGO	Actas firmadas por los Prestadores y Notas presentadas reclamando a ANDIS
EFFECTOS	Prestadores descontentos.
BUENAS PRÁCTICAS	Insistir en solicitud de firmas de convenios particulares con prestadores. Disponer en tiempo y forma del instrumento en el que se expliciten los derechos y obligaciones de las partes contratantes.
RECOMENDACIONES	Gestionar formalización de prórrogas.
IMPACTO	MEDIO



Auditoría General
de la Provincia de Salta

"Genl. Martín Miguel de Güemes Héroe de Nación Argentina"

OBSERVACIÓN 3	
CRITERIO	Vigencia de Convenios con Prestadores
SITUACIÓN ENCON-TRADA	Existen prestadores con contratos cuya prórroga fue comunicada por Nota
DESVIO	Informalidad en las prórrogas con los Prestadores
HALLAZGO	Nota remitida por ANDIS - Prórroga por Nota de la Dirección Nacional de Acceso a los Servicios de Salud
EFFECTOS	Prestadores sin convenios de prórroga firmados formalmente.
BUENAS PRÁCTICAS	Insistir en solicitud de firmas de convenios particulares con prestadores. Disponer en tiempo y forma del instrumento en el que se expliciten los derechos y obligaciones de las partes contratantes.
RECOMENDACIONES	Gestionar formalización de prórrogas.
IMPACTO	MEDIO
OBSERVACIÓN 4	
CRITERIO	Vigencia de Convenios con Prestadores
SITUACIÓN ENCON-TRADA	La UGP superó el porcentaje establecido en la Adenda al Convenio Marco en un 6,72 % (\$ 19.238.927,65) respecto de los fondos transferidos por cápita básica, para los gastos de funcionamiento administrativo.
DESVIO	Incumplimiento a normas relacionadas con el porcentaje establecido.
HALLAZGO	Detalle de rendiciones presentadas por la UGP.
EFFECTOS	Aplicación de débitos a la cápita básica y/o suspensión automática de transferencias a la UGP.
BUENAS PRÁCTICAS	Adecuar el porcentaje de gastos administrativos de la UGP, financiados con fondos nacionales, al consignado en la norma, en función de su prelación.
RECOMENDACIONES	Aplicar los conceptos normativos establecidos en función de su prelación.
IMPACTO	MEDIO