

ENMIENDA N°3

EX-2023-107720893- -APN-DCYC#MS

En la Ciudad de Buenos Aires en el mes de **ABRIL DEL 2024**, reunidos en las oficinas del Programa SUMAR, sito en calle Hipólito Yrigoyen Nro. 440/60, Piso 3, por una parte, el **Ministerio de Salud de la Nación, Apoyo del Proyecto de Cobertura Universal de Salud Efectiva en Argentina, Préstamo BIRF N° 8853-AR**, en adelante el “CONTRATANTE”, y por la otra parte, el Consorcio **Cánepa, Kopec y Asociados S.R.L. –Adler, Hasenclever y Asociados SRL Unión Transitoria**, en adelante el “CONSULTOR”, y ambas conjuntamente denominadas las “PARTES”, y

CONSIDERANDO:

- 1- Que en el marco de la contratación **AR-MSAL-111535-CS-QCBS**, que tramitó mediante expediente EX-2019-42783943-APN-DD#MSYDS, con fecha 11 de marzo de 2021 las partes suscribieron el Acta de Negociación donde establecieron el cronograma de entregas y pagos.
- 2- Que en fecha **18 de junio de 2021**, las “PARTES” suscribieron el contrato INLEG-2021-55020427-APN-SES#MS, por servicios de consultoría para la realización de una Auditoria Externa Técnica Independiente.
- 3- Que, en el marco del mencionado contrato, las partes acordaron, por la Enmienda N°1 INLEG-2021-97643335-APN-SES#MS suscripta en el 13 de octubre de 2021, modificar la cláusula 41.2 de la Sección II, Condiciones Especiales del Contrato, en lo referente a las entregas a partir del producto seis y a que las partes, de común acuerdo, podrán acordar modificar los plazos previstos para la entrega de los productos. Dicha Enmienda cuenta con la No Objeción del Banco de fecha 9 de septiembre de 2021 y continúa vigente.
- 4- Que por el mencionado contrato, en su apéndice A, Términos de Referencia, Punto 7 establece que *“en caso de resultar necesario, y por decisión de las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación, el presente contrato podrá extenderse hasta la finalización del contrato de Préstamo 8853-AR, sujeto a la evaluación del desempeño de la firma en la ejecución del contrato. Dicha evaluación tendrá que resultar positiva en todos los aspectos comprometidos para dar lugar a la posibilidad de extensión...”*.
- 5- Que la Dirección Nacional del Proyecto (NO-2022-66321029-APN-SES#MS)

solicitó hacer uso de la opción establecida en el Punto 7 mencionado en el punto anterior.

6- Que en el marco del mencionado contrato, las partes acordaron, por la Enmienda N°2 INLEG- 2023-28111808-APN-SES#MS, haciendo uso de la extensión del punto anterior para la realización de ocho informes bimestrales a partir del 4° bimestre del año 2022

7- Que en virtud de la NO-2023-105817258-APN-DNFSP#MS e IF-2024-33997310-APN-DNFSP#MS la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales solicitó una nueva extensión por el periodo del 6to Bimestre 2023 al 4to Bimestre 2024 que incluye trazadoras del 3er cuatrimestre 2023, 1er cuatrimestre 2024 y 2do cuatrimestre 2024.

Se fundamenta el presente requerimiento en el marco de las negociaciones que esta cartera sanitaria ha realizado con el Banco Mundial, mediante las cuales se proyecta prorrogar la vigencia de los préstamos BIRF 8853 y 9222, y realizar transferencias a las provincias por los servicios de salud y recursos al FONES realizados hasta 30/11/2024.

8- Que se han adecuado los Términos de Referencia al periodo a auditar, según se describen en el Anexo I a la presente.

9- Por los motivos expuestos, y de conformidad con lo establecido en la cláusula 16 de las CGC, las “PARTES” acuerdan:

PRIMERA: Se establece que la presente extensión tiene por objeto la realización de los informes de opinión correspondientes a los bimestres comprendidos entre el 6to Bimestre de 2023 y el 4to Bimestre de 2024 inclusive, de acuerdo con los Términos de Referencia del Anexo I.

SEGUNDA: En lo referente a la presentación del informe y al cronograma de pagos del contrato queda definida de la siguiente manera:

Presentación de informes:

Los informes bimestrales mencionados en la cláusula 1) de la presente Enmienda N°3 al contrato comprenden los siguientes plazos de entrega:

Producto.	Bimestre.	Trazadoras.	Plazo previsto desde la finalización del bimestre (días corridos) (*)	Pagos.
1	6-2023		dentro de los 182 días de finalizado el bimestre.	15%

2	1-2024	2023-3C	dentro de los 168 días de finalizado el bimestre.	20%
3	2-2024		dentro de los 107 días de finalizado el bimestre.	15%
4	3-2024	2024-1C	dentro de los 92 días de finalizado el bimestre.	25%
5	4-2024	2024-2C	dentro de los 81 días de finalizado el bimestre.	25%

(*) Los plazos de entrega de Informes se calcularon bajo el supuesto de fecha límite de firma del contrato 06-05-2024. Cualquier postergación en esta fecha se resolverá mediante un acta acuerdo de ajuste de cronograma entre las partes.

TERCERA: La tarifa de Remuneraciones se fija en AR\$100,368,190.00 (Cien millones trescientos sesenta y ocho mil ciento noventa pesos argentinos), que se ajustará de acuerdo a lo previsto en la cláusula 38.1 del Contrato INLEG-2021-55020427-APN-SES#MS (fecha valor junio 2021).

Los Gastos Reembolsables, para los informes a incorporar, se establecen en \$ 29.848.874,26 (pesos argentinos veintinueve millones ochocientos cuarenta y ocho mil ochocientos setenta y cuatro con 26/100, de acuerdo con el cálculo realizado en el Anexo II.

Los impuestos indirectos nacionales se calcularán sobre los montos determinados en ocasión de la presentación de cada uno de los productos. La tasa vigente para el Impuesto al Valor Agregado es del 21% y la tasa del Impuesto a las Transferencias Financieras es del 1.2146% sobre el valor del producto más su impuesto al valor agregado. El monto total de la presente Enmienda teniendo en cuenta estas variables asciende a la suma de AR\$159.476.403,67 (Pesos argentinos ciento cincuenta y nueve millones cuatrocientos setenta y seis mil cuatrocientos tres con 67/100).

CUARTA: Se incorpora a las Condiciones Especiales del Contrato la siguiente Cláusula de Rescisión por parte del Contratante: CEC 19.1.1. inciso g). En el supuesto de no realizarse transferencias desde el Programa por agotarse los fondos previstos antes de la finalización de la entrega de los productos que comprenden la presente Enmienda, se prevé la rescisión parcial anticipada del contrato. El Programa notificará fehacientemente al consorcio con una antelación no menor a 60 (sesenta) días de finalización de la presentación de los productos.

QUINTA: La presente enmienda se dicta de acuerdo a lo establecido en la cláusula 16 de la Condiciones Generales de Contrato, manteniéndose inalterables las restantes

disposiciones del contrato no modificadas expresamente por esta enmienda.

Por parte del Consultor:

Firmante: _____

Fecha de firma:

Por parte del Contratante:

Firmante: Secretario.

Director Nacional del Proyecto

Fecha de Firma

ANEXO I – Términos de Referencia.

Programa SUMAR.
(Préstamos BIRF 8853-AR – BIRF 9222-AR).

Términos de Referencia.

ABRIL 2024.

1. Antecedentes y Descripción del Programa.

1.1. Antecedentes.

Mediante Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 2724 de fecha 31 de diciembre de 2002 se creó el Seguro de Salud Materno-Infantil para la atención de la cobertura médico-asistencial y de las prestaciones sociales en forma integral y universal, para la mujer embarazada, la mujer en edad fértil y los niños de hasta cinco años de edad, bajo la dependencia del entonces MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (MSN).

En el año 2003, el entonces MSN emitió la Resolución N° 198 de fecha 15 de agosto de 2003, que creó, en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios, el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales en el marco del Seguro de Salud Materno-Infantil, para asistir a las jurisdicciones, en la creación de los seguros materno-infantiles locales.

Por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1140 de fecha 31 de agosto de 2004 y por Resolución N° 1976 de fecha 19 de diciembre de 2006 del entonces MSN se fue modificando oportunamente la denominación del Programa definiéndose finalmente como PLAN NACER.

Durante la primera fase del PLAN NACER, se previó la incorporación de las jurisdicciones pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los índices más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil y, a partir del año 2007, se dio inicio a la segunda fase del Programa incorporándose las restantes jurisdicciones del país. A los efectos del financiamiento de ambas fases, el Gobierno Argentino suscribió los Convenios de Préstamo BIRF N° 7225-AR y 7409-AR.

Mediante Acta suscripta con fecha 11 de diciembre de 2009, en el marco del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA), la NACIÓN y las jurisdicciones acordaron los lineamientos generales para la extensión de la cobertura de salud del PLAN NACER a través de la incorporación de módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas al Plan de Servicios de Salud del Programa, a fin de contribuir de manera significativa a la reducción de las causas duras de mortalidad infantil. En tal sentido, se acordó la creación de un Fondo de Reaseguramiento Solidario (FRS), integrado por fondos del PLAN NACER, y con el propósito de garantizar el financiamiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas para todos los niños y niñas con cobertura pública exclusiva.

En el año 2012, se incorporaron al Plan de Servicios de Salud del PLAN NACER, las prestaciones del Paquete Perinatal de Alta Complejidad (PPAC).

En virtud de los resultados alcanzados a partir de la implementación del PLAN NACER y a los efectos de ampliar su alcance, el entonces MSN, creó por medio de las Resoluciones N° 1195/12 y N° 1460 /12, el PROGRAMA DE DESARROLLO DE SEGUROS PUBLICOS PROVINCIALES DE SALUD – PROGRAMA SUMAR, para asistir a todas las jurisdicciones del país en la ampliación de la cobertura de salud. Posteriormente el PROGRAMA fue ampliado por el MSN mediante la Resolución N° 866/15.

A partir de esta nueva fase, las veinticuatro jurisdicciones crearon los Seguros Provinciales de Salud (SPS), incorporando a los niños de 6 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y los adultos de 20 a 64 años de edad inclusive, a la cobertura de los mismos.

A los fines del financiamiento parcial del PROGRAMA, la NACIÓN suscribió con el BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO (BIRF), los Convenios de Préstamo N° 8062- AR y N° 8516-AR.

A partir de la implementación del Convenio de Préstamo BIRF N° 8062-AR, se determinó que un

conjunto de módulos y prestaciones para la atención de cardiopatías congénitas y perinatología de alta complejidad serían consideradas como Enfermedades Catastróficas y que su financiamiento se realizaría a través del Fondo de Reaseguramiento Solidario de Enfermedades Catastróficas (FRSEC).

En agosto de 2016, fue sancionado el Decreto PEN N°908/2016 que instrumenta la estrategia de la CUS y define sus principales objetivos.

A partir del cumplimiento de las etapas anteriores, el Gobierno Nacional decidió profundizar su modelo de gestión y financiamiento creando el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES) por Resolución N° 518/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, a fin de garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de salud priorizados, con cobertura pública exclusiva efectiva de calidad, orientados a partir de un enfoque de atención primaria de la salud (APS), mediante el fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), de los Ministerios de Salud Provinciales y la implementación de mecanismos para lograr un sistema de salud integrado.

La Resolución N° 420/2020 del Ministerio de Salud de la Nación sustituyó la denominación “Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud - PACES” por la denominación “Programa SUMAR”.

Asimismo, el Programa decidió universalizar la cobertura poblacional incluyendo a los adultos mayores de 64 años dentro de su población objetivo, con el propósito de continuar mejorando la salud de la población que cuenta con cobertura exclusiva del sector público.

Además, se propone avanzar en la generación de información sanitaria nominalizada en tiempo real y en la atención de patologías específicas de baja incidencia y alto costo de la población con cobertura pública exclusiva y mejorar las capacidades de gestión institucional.

El Programa es ejecutado por un Equipo Coordinador del Programa (ECP) creado en el ámbito del MSN. Las Jurisdicciones participantes son las responsables de ejecutar el PACES en sus jurisdicciones y el MSN, a través del ECP, es el responsable de la coordinación general, la supervisión y la contribución al financiamiento parcial del Programa. El Manual Operativo de PACES, incluyendo sus anexos, norma el detalle operacional del Programa y sus relaciones institucionales.

La misma Resolución N° 518/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud, en su artículo 6°, crea el Fondo de Alta Complejidad – FONAC – para financiar enfermedades de alta complejidad.

Con la implementación del Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR, se dispuso que determinados módulos quirúrgicos de malformaciones congénitas (cardiopatías y otras malformaciones de resolución quirúrgicas) y prestaciones para la atención del infarto agudo de miocardio serían financiados por el FONAC. Sustituyéndose posteriormente la denominación de este a Fondo de Equidad en Salud (FONES) mediante la Resolución N°1507/2020.

Asimismo, se decidió incorporar a la normativa del Programa, que las Jurisdicciones Participantes puedan realizar pagos de módulos y prestaciones contenidos en los

Servicios de Salud de Alta Complejidad a los efectores, desde las cuentas de los Seguros Provinciales de Salud (SPS) con el propósito que desde el actual Fondo Nacional de Equidad en Salud (FONES) se reembolsen o reconozcan dichos Servicios de Salud.

A través del Decreto N° 1130 de fecha 12 de diciembre de 2018, el Gobierno Nacional aprobó el Modelo de Convenio de Préstamo BIRF N° 8853-AR entre la REPÚBLICA ARGENTINA y el BIRF. Por el Decreto N° 404/2021 de fecha 22 de junio de 2021 se aprobó el Modelo de Convenio de Préstamo por Financiamiento Adicional BIRF N° 9222-AR, también, entre la

REPÚBLICA ARGENTINA y el BIRF.

El Convenio de Préstamo determina la necesidad de la contratación de una Auditoría Externa Técnica Independiente (AETI) que constituye un elemento importante en el proceso de auditoría, seguimiento y supervisión de la ejecución del Programa, a fin de asegurar que los recursos de la operación sean administrados y utilizados de acuerdo con los términos y condiciones acordadas en el respectivo contrato de financiamiento y que permita evaluar la evolución de las metas y objetivos establecidos para el Programa.

1.2. Breve descripción del Programa.

Las veinticuatro jurisdicciones del país son elegibles para SUMAR.

A fin de constituirse como una Jurisdicción Participante del Programa, las Jurisdicciones deberán dar cumplimiento a las condiciones detalladas en el Manual Operativo.

Para su ejecución, las Jurisdicciones deberán cumplir con:

- Inscripción de población elegible: La jurisdicción deberá emprender una campaña para favorecer la identificación e inscripción de la población elegible. La inscripción se realizará a través de un sistema informático que será administrado por la Unidad de Implementación del Programa (UIP).
- Confección y validación de padrones: La UIP confeccionará los padrones con los beneficiarios y los validará cruzándolos con los padrones de las Obras Sociales Nacionales y la Obra Social Provincial, dando de baja del padrón, si los hubiere, a aquellos beneficiarios que posean otra cobertura. Asimismo, depurará periódicamente el mismo de beneficiarios que no cumplan con los criterios definidos de población elegible.

El padrón depurado será la base para:

- a) Confeccionar las solicitudes de transferencia que se envían al ECP.
 - b) Avalar el pago de prestaciones facturadas por los efectores contratados a la UIP.
- Solicitud de Transferencias capitadas: la jurisdicción deberá presentar el formulario de solicitud de transferencia capitada (DDJJ). El monto de dicha solicitud se compone sobre la base de los beneficiarios con cobertura efectiva básica -CEB- que constarán en su padrón multiplicada por el monto per cápita acordado.
 - Pago a proveedores de servicios de salud: las UIP celebrarán contratos con proveedores de servicios de salud que cumplan con las normativas técnicas vigentes.

Los mismos deberán contemplar, entre otros:

- a) Pagos por prestaciones y otras modalidades.
- b) Los servicios facturados deberán cumplir con las normas técnicas vigentes y respetar los precios fijados.

Las UIP también intervendrán en el circuito de pago de servicios de salud de alta complejidad controlando la documentación remitida por los efectores autorizados de sus jurisdicciones y enviando dicha evaluación al ECP. Este control deberá verificar el cumplimiento de las normativas técnicas vigentes para el pago de estas prestaciones.

Se considera beneficiario con Cobertura Efectiva Básica a las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud, por las cuales el SPS puede devengar las cápitas, en un intervalo de tiempo definido por el ECP.

Las transferencias capitadas mediante las cuales se remiten recursos financieros a las Jurisdicciones están compuestas de:

- a) Las transferencias mensuales (60% del monto correspondiente al monto per cápita de cada jurisdicción por el número de beneficiarios con CEB en el padrón).
- b) Las transferencias complementarias (40% del monto restante ligado a cumplimiento de resultados de salud medidos por trazadoras) y que serán remitidas cuatrimestralmente.

El Monto per cápita de cada Jurisdicción está conformado por dos componentes:

- a) Componente base, que es uniforme para todas las Jurisdicciones Participantes y su valor será equivalente a la suma de los valores que se establezcan para el financiamiento de los distintos conjuntos de prestaciones priorizadas vinculadas a Servicios Preventivos y Generales de Salud destinados a los grupos poblacionales que integren la población elegible del SPS.
- b) Componente de equidad, cuyo valor está establecido para cada una de las Jurisdicciones considerando el indicador “Esperanza de vida al nacer” (EVN).

Por otro lado, el ECP deberá cumplir con:

- Confección del Padrón Nacional: el ECP deberá definir la conformación de este padrón en base a los padrones jurisdiccionales previamente validados.

El padrón nacional será la base para:

- a) Confeccionar las solicitudes de transferencia al FONES.
 - b) Avalar el pago de prestaciones facturadas por servicios de salud de altas complejidades brindadas por los efectores contratados.
- Solicitud de Transferencias capitadas para el FONES: el ECP deberá presentar el formulario de solicitud de transferencia capitada (DDJJ). El monto asociado que se menciona en dicha solicitud se compone sobre la base de los beneficiarios que constan en el padrón nacional multiplicada por el monto per cápita acordado para el FONES.
 - Pago a proveedores de servicios de salud: el ECP deberá recibir las evaluaciones realizadas por las UIP sobre la documentación que éstas recepcionaron de los efectores por la facturación de prestaciones de servicios de salud de alta complejidad, hacer los ajustes debidos y emitir las órdenes de pago en caso de corresponder.

Mayores detalles de los mecanismos y transferencias están definidos en el Manual Operativo del SUMAR que se encuentra a disposición de las firmas oferentes en el proceso de selección para la contratación de esta AETI.

2. Objetivos de la Auditoría Externa Técnica Independiente.

El **objetivo general** de la AETI requerida es verificar en las **veinticuatro (24) jurisdicciones** que los datos relacionados con la población elegible y la provisión de servicios de salud constituyen una base confiable para la transferencia de recursos de la Nación a la Jurisdicción y de ésta a los efectores contratados y para la transferencia de recursos al Fondo de Alta Complejidad (FONES) y de éste a los efectores en el caso de servicios de salud de alta complejidad, en caso de corresponder.

Los **objetivos específicos** de la AETI en el marco del SUMAR con respecto a servicios preventivos y generales de salud son:

Emitir opinión profesional:

- Sobre la integridad, validez y consistencia del padrón de beneficiarios del **Seguro Provincial de Salud (SPS)** utilizado para la liquidación de transferencias capitadas.
- Sobre la integridad, validez y consistencia de las solicitudes de transferencia presentadas por las Jurisdicciones al ECP vinculadas al Plan de Servicios Preventivos y Generales de Salud, incluyendo las solicitudes mensuales basadas en los beneficiarios con CEB.
- Acerca de si las transferencias a los SPS se realizan en tiempo y forma, y si las transferencias desde estas cuentas sólo corresponden a pagos válidos de acuerdo con la normativa del Programa.
- Sobre el cumplimiento por parte de las Jurisdicciones de los aportes de cofinanciamiento a su cargo.
- Acerca de si los establecimientos participantes han sido contratados por las UIP respetando las normas de contratación definidas por el Programa.
- Sobre si los pagos realizados a los efectores cumplen con las normas del Programa y corresponden a:
 - a) Prestaciones y módulos contenidos en el Plan de Servicios de salud brindada a personas beneficiarias del Programa.
 - b) Valores y circuitos de autorización de acuerdo con la normativa vigente.
 - c) Otras modalidades de pago aprobadas por la normativa del Programa.
- Acerca del cumplimiento por parte de la Jurisdicción o de los efectores, según corresponda, del reporte de la información sanitaria, administrativa y financiera requerida por el Programa a través de las herramientas dispuestas por la normativa vigente.
- Acerca de los resultados generales obtenidos por la jurisdicción en la gestión del SUMAR. Dicha evaluación será practicada sobre las metas de avance comprometidas por la jurisdicción en el compromiso anual vigente.
- Acerca de si corresponde la aplicación de sanciones a las Jurisdicciones Participantes de acuerdo con lo establecido en las normas de SUMAR.

Los **objetivos específicos** de la AETI en el marco del SUMAR con respecto a los servicios de salud de alta complejidad son:

Emitir opinión profesional:

- Sobre la integridad, validez y consistencia del padrón nacional de beneficiarios utilizado para la liquidación de transferencias capitadas al FONES. Sobre la integridad, validez y consistencia de las solicitudes de transferencia mensual al FONES realizadas por el ECP basadas en los beneficiarios.
- Acerca de si las transferencias al FONES se realizan en tiempo y forma, y si las transferencias desde éste sólo corresponden a pagos válidos de acuerdo con la normativa del Programa.
- Acerca de si los establecimientos participantes han sido contratados respetando las normas de contratación definidas por el Programa.
- Sobre si los pagos realizados a los efectores cumplen con las normas del Programa y corresponden a:
 - a) Prestaciones y módulos contenidos en el Plan de Servicios de salud brindadas a personas beneficiarias del Programa.
 - b) Valores y circuitos de autorización de acuerdo con la normativa vigente.
 - c) Otras modalidades de pago aprobadas por la normativa del Programa.
- Acerca del cumplimiento por parte de la Jurisdicción o de los efectores, según corresponda, del reporte de la información sanitaria, administrativa y financiera requerida por el Programa a través de las herramientas dispuestas por la normativa vigente.
- Acerca de los resultados generales obtenidos por la jurisdicción en la gestión del SUMAR. Dicha evaluación será practicada sobre las metas de avance comprometidas por la jurisdicción en el compromiso anual vigente.
- Sobre el desempeño de los establecimientos que brindan atención de Alta Complejidad.
- Acerca de si corresponde la aplicación de sanciones a las Jurisdicciones Participantes de acuerdo con lo establecido en las normas de SUMAR.

3. Alcance de la Auditoría.

Para el cumplimiento de los objetivos en lo que respecta a servicios preventivos y generales de salud, los procedimientos de auditoría con relación al SUMAR tendrán los siguientes alcances mínimos en cada jurisdicción participante:

- a) Verificar que la jurisdicción respectiva está entregando al ECP el padrón de Obras Sociales Provinciales (OSP) aceptable para esta última:
 - ☐ Verificación del momento de entrega.
 - ☐ Verificación que la información se encuentre acompañada de una nota de la máxima autoridad competente responsable, refrendando la validez de su contenido.
 - ☐ Verificación que los campos corresponden al formato establecido.
- b) Verificar la consistencia de los datos del padrón de beneficiarios del SPS para cada jurisdicción participante, luego de su cruzamiento con los padrones de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y provinciales (OSP):
 - ☐ Verificación de que se ha efectuado el cruce informático de padrones: OSP/OSN/Padrón del SPS.

- ☐ Verificación del proceso de conformación del padrón
 - ☐ Verificación del proceso de depuración del padrón.
- c) Verificar la consistencia de las declaraciones juradas enviadas por las Jurisdicciones y las liquidaciones efectuadas por el ECP justificando el pago de la transferencia mensual (cápita base más cápita de equidad – 60% –):
- ☐ Verificación del número de inscriptos con CEB en el padrón del SPS versus el número de beneficiarios declarados en la solicitud de transferencia enviada por la UIP.
 - ☐ Verificación del número de inscriptos con CEB respecto de los cuales un efector contratado por el SPS haya reportado al menos una prestación durante el intervalo de tiempo definido por el Programa.
 - ☐ Verificación de que la información de la base de datos presentada por la UIP reportando al menos una prestación durante el intervalo de tiempo definido por SUMAR es consistente con la información existente en las correspondientes historias clínicas u otras fuentes de registro válidas a través de trabajo de campo por muestreo aleatorio y representativo en la jurisdicción. La metodología para la definición de la muestra debe reunir las condiciones previstas en el apartado 6 del presente documento.
- d) Verificar la consistencia de las declaraciones juradas enviadas por las Jurisdicciones y las liquidaciones efectuadas por el ECP sobre el cumplimiento de las trazadoras (hasta el 40% de la “cápita”):
- ☐ Verificación del proceso de captura de información de trazadoras.
 - ☐ Verificación, a través de trabajo de campo por muestreo aleatorio y representativo en la jurisdicción, de que la información de trazadoras es consistente con la contenida en las correspondientes historias clínicas u otras fuentes de registro válidas. La metodología para la definición de la muestra deberá reunir las condiciones previstas en el apartado 6 del presente documento.
- e) Verificar la exactitud, oportunidad y cumplimiento de las condiciones del SUMAR por parte del ECP en lo que se refiere a las transferencias capitadas a las Jurisdicciones:
- ☐ Verificación del cumplimiento de la forma y plazos de transferencia.
 - ☐ Verificación de los procesos de débitos, multas y otras sanciones efectuadas por el ECP.
- f) Verificar que los compromisos de gestión entre las UIP y los efectores y los convenios de administración de fondos con terceros administradores se ajustan a los lineamientos del SUMAR:
- ☐ Verificación de la existencia de compromisos de gestión con efectores habilitados, y de convenios de administración de fondos con terceros administradores en caso de corresponder.
 - ☐ Verificación de que los compromisos de gestión contengan las prestaciones y los precios al Plan de Servicios de Salud vigente del Programa.
 - ☐ Verificación de que los compromisos de gestión respondan exactamente al modelo incluido en el Manual Operativo o al que la jurisdicción propuso al ECP y sobre el cual este último dio su No objeción.
 - ☐ Verificación de que los compromisos de gestión se encuentren firmados por el coordinador de la UIP y el responsable del efector.

- ☐ Verificación de que los convenios de administración de fondos respondan exactamente al modelo incluido en el Manual Operativo o al que la jurisdicción propuso al ECP y sobre el cual este último dio su No objeción.
 - ☐ Verificación de que los convenios de administración de fondos se encuentren firmados por el coordinador de la UIP, el responsable del efector y el responsable del tercer administrador.
- g) Verificar que las transferencias desde las cuentas de los seguros sólo corresponden a pagos a los efectores ordenados por las UIP y se ajustan a los lineamientos del SUMAR:
- ☐ Verificación de que los mecanismos de pago acordados en los compromisos de gestión son los únicos mecanismos de transferencia financiera de la UIP.
 - ☐ Verificación de que los pagos por la facturación emitida por los efectores responden a prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud y a los precios vigentes.
 - ☐ Verificación de que se ha respetado las normativas establecidas por el Programa para la facturación, los pagos y respaldo de estos.
 - ☐ Verificación, a través de trabajo de campo por muestreo aleatorio y representativo en la jurisdicción, que la información contenida en la facturación presentada por los efectores contratados es consistente con la información existente en las correspondientes historias clínicas u otra fuente válida de registro. La metodología para la definición de la muestra debe reunir las condiciones previstas en el apartado 6 del presente documento.
 - ☐ Verificación de que los pagos efectuados por la UIP a los efectores que no fueran por prestaciones facturadas se corresponden con otras modalidades de pago vigentes y cumplen con los requisitos exigidos por la normativa.
- h) Verificar que los pagos se encuentren correctamente autorizados y con los débitos necesarios en caso de haberse detectado errores en la facturación.
- ☐ Verificación de que las transferencias se realicen en los plazos previstos por la normativa del Programa.
- i) Verificar que no se efectúen pagos a prestadores o terceros administradores que no posean compromisos de gestión o convenios de administración de fondos vigentes y válidos de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo.
- j) Verificar si las jurisdicciones cumplen con los aportes de cofinanciamiento a su cargo de acuerdo con las normas de SUMAR.

Para el cumplimiento de los objetivos en lo que respecta a servicios de salud de alta complejidad, los procedimientos de auditoría con relación al SUMAR tendrán los siguientes alcances mínimos en cada jurisdicción participante:

- a) Verificar la consistencia de los datos del padrón nacional de beneficiarios, luego de su cruzamiento con los padrones de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y provinciales (OSP):
 - Verificación de que se ha efectuado el cruce informático de padrones: OSP/OSN/Padrón del SPS.

- Verificación del proceso de conformación del padrón
 - Verificación del proceso de depuración del padrón.
- b) Verificar la consistencia de las solicitudes de transferencias efectuadas por el ECP justificando el pago de la transferencia mensual al FONES:
- Verificación del número de inscriptos en el padrón nacional versus el número de beneficiarios declarados en la solicitud de transferencia preparada por el ECP.
- c) Verificar la consistencia de la liquidación efectuada por el ECP justificando el pago de la transferencia mensual al FONES:
- Verificación del número de inscriptos activos en el padrón nacional versus el número de beneficiarios liquidados por el ECP.
- d) Verificar la exactitud, oportunidad y cumplimiento de las condiciones del SUMAR por parte del ECP en lo que se refiere a las transferencias capitadas al FONES:
- Verificación del cumplimiento de la forma y plazos de transferencia.
 - Verificación de los procesos de débitos, multas y otras sanciones efectuadas por el ECP.
- e) Verificar que los compromisos de gestión entre las UIP y los efectores se ajustan a los lineamientos del SUMAR:
- Verificación de la existencia de compromisos de gestión con efectores habilitados.
 - Verificación de que los compromisos de gestión contengan las prestaciones y los precios al Plan de Servicios de Salud vigente del Programa.
 - Verificación de que los compromisos de gestión respondan exactamente al modelo incluido en el Manual Operativo o al que la jurisdicción propuso al ECP y sobre el cual esta última dio su No objeción.
 - Verificación de que los compromisos de gestión se encuentren firmados por el coordinador de la UIP y el responsable del efector.
- f) Verificar que las transferencias desde la cuenta del FONES sólo corresponden a pagar los efectores ordenados por el ECP y se ajustan a los lineamientos del SUMAR:
- Verificación de que los mecanismos de pago acordados en los compromisos de gestión son los únicos mecanismos de transferencia financiera desde la cuenta del FONES.
 - Verificación de que los pagos por la facturación emitida por los efectores responden a prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud y a los precios vigentes.
 - Verificación de la consistencia y adecuación a las normas del Programa de las liquidaciones realizadas por las UIP por facturación de servicios de salud de alta complejidad.
 - Verificación de que se ha respetado las normativas establecidas por el Programa para la facturación, los pagos y respaldo de estos.
 - Verificación, a través de trabajo de campo por muestreo aleatorio y representativo en la jurisdicción, que la información contenida en la facturación presentada por los efectores contratados es consistente con la información existente en las correspondientes historias clínicas u otra fuente válida de

registro. La metodología para la definición de la muestra debe reunir las condiciones previstas en el apartado 6 del presente documento.

- Verificación de que los pagos ordenados por el ECP a los efectores que no fueran por prestaciones facturadas se corresponden con otras modalidades de pago vigentes y cumplen con los requisitos exigidos por la normativa.
- g) Verificar que los pagos se encuentren correctamente autorizados y con los débitos necesarios en caso de haberse detectado errores en la facturación.
- Verificación de que las transferencias se realicen en los plazos previstos por la normativa del Programa.
- h) Verificar que no se efectúen pagos a prestadores que no posean compromisos de gestión vigentes y válidos de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo.
- i) Verificar que los efectores y entidades involucradas en el proceso de atención de los servicios de salud de alta complejidad generan los reportes establecidos por la normativa específica en tiempo y forma.
- j) Verificar la aplicación de los débitos sugeridos en los informes previos de auditoría con respecto a pagos a efectores por servicios de salud de alta complejidad.

Asimismo, los auditores deben estar alertas para detectar situaciones o transacciones que puedan ser indicativas de fraude, abuso o actos y gastos ilegales. Si tal evidencia existe, los auditores deben comunicar la situación simultáneamente al representante del Banco debidamente autorizado y al ECP del MS, y ejercer cautela y el debido cuidado profesional al ampliar sus pasos o procedimientos de auditoría relacionados con actos ilegales. La sección 240 de las NIA⁽¹⁾ proporciona guía al respecto.

4. Actividades específicas a realizar.

Las **actividades específicas** que la AETI deberá efectuar son las siguientes:

- i. Verificar que la jurisdicción respectiva está entregando al ECP el padrón de la Obra Social Provincial (OSP) aceptable para el ECP.
- ii. Verificar la consistencia de los datos de la nómina de los inscriptos del SPS (padrón) para cada jurisdicción participante luego de su cruzamiento con los padrones de las Obras Sociales Nacionales (OSN) y provinciales (OSP).
- iii. Verificar la consistencia de las declaraciones juradas enviadas por las Jurisdicciones al ECP justificando el pago de la transferencia mensual.
- iv. Verificar las liquidaciones efectuadas por el ECP justificando el pago de la transferencia mensual.
- v. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente y atributos de las prestaciones declaradas por los UIP que brindan CEB a los beneficiarios.
- vi. Verificar la consistencia de las declaraciones juradas enviadas por las Jurisdicciones al ECP sobre el cumplimiento de las trazadoras.
- vii. Verificar las liquidaciones efectuadas por el ECP sobre el cumplimiento de las trazadoras.

- viii. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente y atributos de las prestaciones y casos declarados por los UIP como respaldo del desempeño alcanzado.
- ix. Verificar la conformación del padrón nacional.

⁽¹⁾ Normas Internacionales de Auditoría (NIA o ISA en inglés).

- x. Verificar la consistencia de las liquidaciones que justifican los importes transferidos al FONES.
- xi. Verificar la exactitud, oportunidad y cumplimiento de las condiciones del SUMAR por parte del ECP en lo que se refiere a las transferencias capitadas a las Jurisdicciones.
- xii. Verificar que las transferencias ingresen a la cuenta del FONES en tiempo y forma, y si las transferencias desde dicho fondo sólo corresponden a pagos válidos de acuerdo con la normativa del Programa.
- xiii. Verificar que los aportes de cofinanciamiento que corresponde a la Jurisdicción se realicen de acuerdo con las normas del Programa.
- xiv. Verificar la existencia de compromisos de gestión entre la UIP y los prestadores, y de corresponder convenios de administración de fondos con terceros administradores, y que los mismos se ajustan a los lineamientos del SUMAR.
- xv. Verificar la consistencia del detalle de los pagos realizados por la UIP a través de la cuenta del seguro.
- xvi. Verificar que los pagos realizados desde las cuentas de los seguros corresponden sólo a modalidades aprobadas por las normas del Programa y que cumplen con los requisitos exigidos por ésta.
- xvii. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente, atributos, reportes sanitarios y documentación administrativa de los pagos realizados por la UIP desde la cuenta del seguro.
- xviii. Verificar la consistencia del detalle de las liquidaciones realizadas por las UIP y canceladas por la Unidad de Administración del FONES.
- xix. Verificar en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido según las normas del Programa en cuanto a fuente, atributos, reportes y documentación administrativa de las prestaciones y módulos efectivamente abonados por la Unidad de Administración del FONES.
- xx. Solicitar la aplicación de sanciones de acuerdo con lo previsto por las normas del Programa.
- xxi. Verificar la aplicación de los débitos y multas sugeridos en los informes previos de auditoría.
- xxii. Verificar que los efectores y entidades involucradas en el proceso de atención de los Servicios de Salud de Alta Complejidad considerados por el Programa generan los reportes establecidos por la normativa específica en tiempo y forma.
- xxiii. Gestionar con la debida anticipación los permisos requeridos para el acceso a

establecimientos o sistemas de información necesarios para cumplir con el trabajo auditoría.

- xxiv. Hacer uso exclusivo del canal oficial de comunicación con las UIP que establezca el ECP.
- xxv. Acordar fecha y horarios con los efectores, en coordinación con la UIP, para la realización de las auditorías en terreno.
- xxvi. Comunicar al ECP y a las UIP los requerimientos que demanden la auditoría, la agenda de visitas a efectores y las muestras de prestaciones, módulos y expedientes de pagos a relevar con la debida anticipación.
- xxvii. Dejar registro documental, a través de actas, de las auditorías realizadas en campo/terreno, indicando los resultados de la auditoría. Las mismas debe ser firmadas por las partes intervinientes.
- xxviii. Hacer un cierre de la auditoría con la coordinación de la UIP a efectos de adelantarle los principales hallazgos que son susceptibles de ser corregidos antes de la presentación de los informes respectivos.
- xxix. Mantener reuniones periódicas con el ECP con la finalidad de intercambiar información acerca de la gestión en cada una de las Jurisdicciones.
- xxx. Despejar con el ECP cualquier duda de interpretación de las normas del Programa, especialmente ante modificaciones en éstas, documentándose esta situación.
- xxxi. Participar en una reunión previa a la entrega de los informes con el ECP.
- xxxii. Emitir periódicamente (al menos cada dos meses) conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos involucrados en los puntos I a XIX.
- xxxiii. Contestar los descargos presentados por las jurisdicciones en el plazo de 20 días corridos. En su respuesta, la firma deberá considerar cada situación planteada por la jurisdicción, dar respuesta concreta adjuntando la documentación respaldatoria, de corresponder, y expedirse si da lugar o no al descargo.
- xxxiv. Aplicar pautas y procedimientos de auditoría previamente consensuados con el ECP con la finalidad de que las acciones y decisiones emergentes de las auditorías realizadas mantengan en cada jurisdicción criterios de uniformidad y coherencia en todas las Jurisdicciones participantes del Programa. Los citados procedimientos serán documentados mediante la firma de actas acuerdo entre el ECP y la firma auditora.
- xxxv. Realizar el encargo de tal manera que:
 - a) Las opiniones, observaciones y recomendaciones incluidas en el informe de auditoría estén sustentadas por suficiente y relevante evidencia en los papeles de trabajo incluyendo las bases de datos empleadas;
 - b) Exista una adecuada referencia entre el informe y los correspondientes papeles de trabajo;
 - c) La documentación correspondiente se encuentre debidamente archivada.
- xxxvi. Presentar dentro de los 5 días corridos de recibido el Memo Conductor (documento elaborado por el ECP, donde se detallan las sanciones aplicadas en función de lo

solicitado por la AETI en cada Informe Bimestral) una nota donde exprese su acuerdo con dicho documento.

- xxxvii. Emitir un Memorándum de Novedades a la jurisdicción auditada y al ECP toda vez que la gravedad del hecho, jerarquía del hallazgo u observación detectada justifique no esperar a la emisión del informe regular, dado que su oportuna corrección permita evitar daños o sanciones mayores, corregirse el procedimiento aplicado o resolver el problema planteado.
- xxxviii. Mantener una estrecha relación con la auditoría financiera a ser realizada.
- xxxix. Poner a disposición de la Coordinación General del Programa los papeles de trabajo, pruebas documentales y otros documentos relacionados con los trabajos de auditoría objeto de estos términos de referencia, siempre que ésta lo solicite.

5. Marco normativo de referencia

La ejecución de la auditoría deberá realizarse disponiendo y conociendo los documentos básicos relacionados con las operaciones del SUMAR:

- a. Convenios de Préstamo.
- b. Manual Operativo del Programa y sus anexos.
- c. Convenios Marcos entre el MSN y la Jurisdicción.
- d. Compromiso Anual entre el MSN y la Jurisdicción.
- e. Disposiciones Operativas Internas del ECP.

6. Determinación de las muestras para la organización del trabajo enterreno.

El proceso de auditoría requiere verificación en terreno, mediante muestreo aleatorio y estadístico, la existencia de registro válido que justifique la prestación brindada o el caso positivo de trazadora, para lo cual, el diseño de las muestras debe contemplar los siguientes requerimientos:

- Ser **probabilística**, de modo que se puedan hacer las inferencias estadísticas a nivel provincial.
- Se requiere que las estimaciones tengan un **nivel de confianza del 95%** con un **error de muestreo de 5%**, para el caso de **una proporción de 0,5 o porcentaje de 50%**.
- Dado la heterogeneidad de efectores, se sugiere un diseño que contemple esta situación.
- Como las muestras son para cada período bimestral, se debe **contemplar una rotación de los efectores integrantes de esta**, de manera que se cubran distintos efectores brindando una cobertura geográfica que genere un ambiente de control a nivel provincial.

El requerimiento implica verificaciones que se relacionan con:

- Prestaciones declaradas por las Jurisdicciones que brindan Cobertura Efectiva Básica (CEB).
- Prestaciones Pagadas desde las cuentas cápitales de los SPS y desde el FONES (PP).
- Casos Positivos de Trazadoras (TRZ I a X).

Al momento de presentar los informes de auditoría, se debe suministrar para cada muestra la siguiente información:

- Cantidad total de prestaciones o casos por trazadoras, según sean prestaciones que brindan CEB o prestaciones pagadas o sean casos de trazadoras, por efector incluidos en la muestra. La información debe ordenarse por localidad **y debe incluirse el CUI y denominación de los efectores.**
- Para cada una de las muestras, se debe construir el marco de muestreo correspondiente, los cuales se describen a continuación:
 - Prestaciones declaradas por las Jurisdicciones que brindan Cobertura Efectiva Básica (**CEB**):

El marco se constituirá por todos los casos válidos luego de realizar una prueba informática de consistencia de datos. Estos serán asignados al efector que brindó la prestación.

- Prestaciones Pagadas con fondos del Programa (**PP**):

El marco se constituirá por todas las prestaciones pagadas válidas luego de realizar una prueba informática de consistencia de datos. Estos serán asignados al efector que brindó la prestación.

- Casos Positivos de Trazadoras:

Se construirá un marco de muestreo para cada trazadora con todos los casos válidos luego de realizar una prueba informática de consistencia de datos para cada una de ellas.

En el Programa, se identifican 10 trazadoras las cuales tienen características diferenciales. Un primer grupo (Grupo 1) constituido por trazadoras en el cual los casos positivos podrían estar compuestos por registros realizados en más de un efector y un segundo grupo (Grupo 2) constituido por trazadoras con casos positivos compuestos por un único registro realizado en un efector.

GRUPO 1: Casos positivos que podrían estar compuestos por registros realizados en más de un efector.

- Trazadora I – Cuidado del Embarazo.
- Trazadora II – Seguimiento de salud de niños y niñas menores de 10 años.
- Trazadora VI – Diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino.
- Trazadora VII – Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
- Trazadora VIII – Seguimiento de personas adultas y mayores con diabetes mellitus.
- Trazadora IX – Seguimiento de personas adultas y mayores con hipertensión arterial.

GRUPO 2: Casos positivos compuestos por un único registro realizado en un efector.

- Trazadora III – Seguimiento de salud de adolescentes de 10 a 19 años.
- Trazadora IV – Identificación de niños y niñas con sobrepeso u obesidad.
- Trazadora V – Tamizaje de cáncer colorrectal.
- Trazadora X – Identificación de población del Área de Responsabilidad Sanitaria de establecimientos públicos de salud.

La metodología de muestreo debe contemplar una propuesta de asignación de casos válidos para las trazadoras del grupo 1. Asimismo, deben describirse los procedimientos que se emplearán para validar en terreno la totalidad de los registros que los componen.

Las muestras de prestaciones que brindan CEB y pagos a los establecimientos deberán definirse mensualmente; las muestras de casos positivos de trazadoras deberán definirse al finalizar el cuatrimestre auditable.

Los marcos de muestreo, la selección de efectores realizada y los factores de expansión deben estar disponibles para la Coordinación del Programa a los 15 días de que la firma haya recibido la información requerida para cada caso (CEB, PP y Trazadoras). El ECP contará con 7 días hábiles para expedirse al respecto. En este sentido, la firma deberá presentar un cronograma explícito de trabajo que contemple esta situación.

7. Informes de la Auditoría Externa Técnica Independiente.

Una vez finalizada la auditoría, los auditores emitirán Informes que contengan los hallazgos y conclusiones específicas requeridas para el período auditado. Las entregas de los informes se harán en base al siguiente cronograma de entregas:

Producto.	Bimestre.	Trazadoras.	Plazo previsto desde la finalización del bimestre (días corridos) (*)	Pagos.
1	6-2023		dentro de los 182 días de finalizado el bimestre.	15%
2	1-2024	2023-3C	dentro de los 168 días de finalizado el bimestre.	20%
3	2-2024		dentro de los 107 días de finalizado el bimestre.	15%
4	3-2024	2024-1C	dentro de los 92 días de finalizado el bimestre.	25%
5	4-2024	2024-2C	dentro de los 81 días de finalizado el bimestre.	25%

(*) Los plazos de entrega de Informes se calcularon bajo el supuesto de fecha límite de firma del contrato 06-05-2024. Cualquier postergación en esta fecha se resolverá mediante un acta acuerdo de ajuste de cronograma entre las partes.

Los referidos informes deberán estar formalmente elevados a la Coordinación General del Programa y debidamente firmados. A los fines de la elaboración de los informes, se deberá considerar que la firma que se contrate deberá practicar una revisión regular.

La revisión regular comprende la ejecución de las tareas y actividades enunciadas en los puntos 3 – Alcance de la Auditoría- y 4 – Actividades específicas a realizar - de estos Términos de Referencia y la presentación de los informes de auditoría que corresponderán a los períodos de auditoría comprendidos entre 1° de noviembre de 2023 hasta 31 de agosto de 2024; es decir, 5 bimestres auditables que incluyen 3 cuatrimestres de trazadoras. La vigencia de la contratación se extenderá hasta la presentación de la nota de conformidad al Memo conductor correspondiente al último informe de auditoría presentado, con un plazo máximo establecido en 60 días posteriores a dicha entrega. Asimismo, en caso de resultar necesario, y por decisión de las autoridades del MS, el presente contrato podrá extenderse hasta la finalización de la ejecución del contrato de préstamo BIRF 8853-AR – BIRF 9222-AR, sujeto a la evaluación del desempeño de la firma en la ejecución del contrato. Dicha evaluación tendrá que resultar positiva en todos los aspectos comprometidos para dar lugar a la posibilidad de extensión.

La AETI deberá presentar sobre el SUMAR el siguiente Informe por cada jurisdicción participante del Programa:

- **Informe de Opinión Bimestral**, donde se describan los hallazgos y conclusiones

específicas alcanzadas por la auditoría y se solicite, en caso de corresponder, la aplicación de las sanciones previstas por las normas del Programa. **Este informe incorporará** el detalle del estado de implementación y ejecución del Programa y las principales conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos objeto de auditoría.

Asimismo, con relación al financiamiento de los Servicios de Salud de Alta Complejidad que se realizará en el marco del Programa, la AETI deberá presentar el reporte que a continuación se describe consolidado a nivel país:

- **Informe de Opinión Bimestral Servicios de Salud de Alta Complejidad**, donde se describan los hallazgos y conclusiones específicas alcanzadas por la auditoría y se solicite, en caso de corresponder, la aplicación de las sanciones previstas por las normas del Programa.

La estructura de los informes mencionados deberá contener:

- a) Resumen ejecutivo de los principales hallazgos, observaciones y conclusiones del bimestre.
- b) Detalle de las sanciones propuestas en función de los resultados del relevamiento en terreno identificando al grupo poblacional al que corresponden (0 a 5 años, 6 a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 64 años, y personas mayores). En el caso de la revisión en terreno de padrones, deben incluirse las sanciones retroactivas en función de los hallazgos.
- c) Base digital nominada de los casos objeto de auditoría tanto por sistema como en terreno identificando la causa del ajuste propuesto.
- d) Apartado con el marco de muestreo utilizado para cada ítem de auditoría en terreno (CEB, Prestaciones Pagadas y Trazadoras) para cada jurisdicción, detallando la metodología de muestreo utilizada, el cálculo del tamaño muestral, los efectores y casos seleccionados. Se debe presentar la metodología de cálculo de los factores de expansión y de los estimadores de la varianza de estos. El marco muestral debe tener un formato de base de datos con el mismo diseño para todas las jurisdicciones.
- e) Apartado con el seguimiento de las observaciones de informes anteriores.
- f) En el caso de los informes bimestrales por jurisdicción, el detalle de las sanciones que le corresponde a la misma en relación con la revisión de documentación vinculada a pago de prestaciones de Servicios de Alta Complejidad para ser realizados con recursos del FONES.
- g) Apartado con el detalle del estado de implementación y ejecución del Programa y las principales conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos objeto de auditoría.

8. Inspección y aceptación del trabajo de auditoría y los informes.

El ECP del MS, como Organismo Ejecutor, es responsable de revisar, analizar y aceptar cada Informe de la AETI del Programa y podrá designar una persona física o jurídica que efectúe esta labor. Un representante del Organismo Financiador podrá contactar directamente a los auditores para solicitar cualquier información adicional en relación con la auditoría o el estado del Programa.

Asimismo, la firma auditora se compromete a poner a disposición y permitir el examen por parte del personal del BIRF de los papeles de trabajo, pruebas documentales, detalle de las muestras, datos recolectados y otros documentos relacionados con los trabajos de auditoría objeto de estos

términos de referencia.

9. Relaciones y responsabilidades.

El cliente para esta AETI es el ECP del MSN. El BIRF es parte interesada. El ECP supervisará el trabajo ejecutado por los auditores para asegurarse el cumplimiento de los Términos de Referencia. Con carácter previo a la firma del contrato para la AETI, será

requerida la “No Objeción” del BIRF sobre estos Términos de Referencia y sobre la firma de auditoría seleccionada para el trabajo.

Un representante del BIRF puede participar en las reuniones al comienzo y final del proceso auditoría para proveer o solicitar información adicional o indicar áreas en que debe ponerse énfasis. Dicha participación, en ningún caso, releva al auditor de las obligaciones de cumplimiento de las obligaciones incluidas en estos Términos de Referencia.

Es responsabilidad del ECP y de la UIP de cada jurisdicción a ser auditada preparar toda la información requerida y asegurarse que todos los documentos y registros, en cualquier tipo de soporte autorizado, necesarios para la AETI están disponibles y que se hayan tomado las acciones necesarias para que los auditores puedan presentar el Informe en los plazos previstos.

De igual manera, la firma auditora se compromete a enviar al ECP y a las UIP, con suficiente antelación, los requerimientos que la auditoría demande y la agenda de visitas a efectores, la que deberán respetar estrictamente.

Las áreas de Supervisión y Auditoría de la gestión administrativa y financiera y Cobertura Prestacional del ECP actuarán como contraparte de la AETI, debiendo mantener reuniones periódicas que permitan monitorear el avance de la ejecución de la auditoría.

Los auditores deberán mantener y archivar adecuadamente los documentos de trabajo por un período de tres años después de terminada la auditoría. Durante este período, los auditores deberán proveer pronta y oportunamente los documentos de trabajo que les sean solicitados por el ECP o por el BIRF.

ANEXO II

Calculo Gastos Reembolsables

Gastos Reembolsables	Total S/ Contrato (24 meses)	Total por Rubro en \$AR x Mes	Por 10 meses	IPC Servicios Febrero 2024*	IPC Servicios Junio 2021	Coeficiente	Total Gastos Reembolsables Ajustados
Total Gastos Reembolsables	8.614.059,52	358.919,15	3.589.191,50	410,2062	410,0618	8,31632256	29.848.874,26



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Proyecto Enmienda N°3 - Auditoría Externa Técnica Independiente del Programa SUMAR - EX-2023-107720893- -APN-DCYC#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 23 pagina/s.