

EL CARMEN

240

FECHA: 14/03/2016

PERSONA: Gerente

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Aseso de Control
Interno:

MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Periodo: NOVIEMBRE DE 2015 - A
FEBRERO DE 2016

Fecha de elaboración: 14/03/2016

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

No se contó oportunamente con un plan de intervención producto de la medición del clima laboral, para el mejoramiento de los procesos de gestión del talento humano, fortalecimiento de la cultura organizacional, fomento del estilo de dirección, integración y comunicación.

Hay oportunidad de mejora en la ejecución de componentes del proceso de talento humano para el año 2016, en relación con el Plan de previsión y plan de incentivos.

Se presenta oportunidad de mejora en relación con la sistematización de las expresiones del cliente interno como insumo para el mejoramiento de los procesos y para responder a las necesidades de estos.

Aunque se realizó medición de indicadores de gestión del proceso de talento humano en el año 2015, faltó realizar análisis de los resultados en función de establecer el grado de eficacia y efectividad.

Se reconoce el avance en la administración del riesgo en la vigencia evaluada, pero, aún falta mayor consistencia respecto al seguimiento y actualización de los mapas de riesgos, para lo cual se requiere más compromiso de los líderes de procesos.

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos:

La ESE Hospital El Carmen cuenta con un entorno favorable para el normal desarrollo del sistema de control interno, dado que se tiene compromiso de la alta dirección, equipos de trabajo conformados, roles establecidos, y el programa incluido en la planeación estratégica y operativa.

La entidad cuenta con principios y valores institucionales aprobados y actualizados con la participación del personal dentro del proceso inicial de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2014-2020.

Para la socialización se entregó folleto, se presentaron en ciclo de reinducción del mes de mayo y de octubre de 2015, se tienen publicados en carteleras, dispuestos en red de acceso a todos los servidores y hacen parte del folleto de soporte de la inducción que se entrega a todos los funcionarios que ingresan a la planta de personal de la institución.

La ESE cuenta con un código de ética y buen gobierno que reúne los lineamientos para el ejercicio de las funciones de los servidores públicos bajo principios y valores institucionales, que orientan las acciones hacia el mejoramiento de los servicios en cuanto al respeto de los derechos de los usuarios.

Se realizó la actualización del código de ética y buen gobierno con base en la plataforma estratégica establecida para el periodo 2014 - 2020.

Se realizó socialización del código de ética y buen gobierno a todo el personal en desarrollo del ciclo de reinducción del mes de junio de 2015.

Desarrollo del talento humano:

Se cuenta con un programa de inducción que se ejecuta al ingresar personal a la planta de cargos de la ESE. En el periodo evaluado se actualizó el folleto de soporte que se entrega a los funcionarios que participan de la inducción.

Se tiene un programa de reinducción que se ejecuta con temas priorizados de interés general para todos los servidores. Los ciclos de reinducción se realizan desde el mes de mayo hasta octubre, aprovechando la reunión de personal que constituye el principal espacio de participación e interacción entre directivos y demás servidores.

En la vigencia 2015 se realizó evaluación de la inducción y de la reinducción obteniendo resultados satisfactorios por parte de los funcionarios. Además, se mejoró ostensiblemente la organización de soportes y el seguimiento a través de indicadores de gestión para el proceso.

Durante el año 2015 se realizó la actualización del Manual de funciones y competencias para todos los cargos de la planta de personal de la institución. Además, se contrató el estudio técnico de modernización organizacional con actualización de reglamentos internos de la ESE.

Se realizó seguimiento a la eficacia del plan institucional de capacitación de logrando una ejecución del 100% de lo programados y una adecuada gestión de los soportes.

Se realizaron actividades de bienestar social de acuerdo a lo definido en el Reglamento, el presupuesto y las acciones priorizadas desde el comité de bienestar social.

Se realizó medición del clima laboral y en la vigencia se realizaron actividades de intervención orientadas a influir favorablemente la cultura organizacional: socialización de la plataforma estratégica, estructura orgánica, planeación operativa, reinducción en temas priorizados, entre otras.

Se cuenta con un proceso definido y caracterizado para la Gestión del talento humano y se tienen los procedimientos documentados.

Se ha mejorado la planeación del talento humano en relación con la formulación de planes para la reinducción, capacitación, bienestar social e incentivos.

Se avanzó en la implementación de la política y programa de Salud y seguridad en el trabajo: adopción y socialización de la política, formulación de programa, identificación de factores de riesgos, entre otras acciones.

A la fecha se está realizando la formulación de los planes y programas de Proceso de Gestión de talento humano para el año 2016: programa de inducción y reinducción, Plan de capacitaciones, Plan de bienestar e incentivos, plan de seguridad y salud en el trabajo.

Planes, programas y proyectos:

Se tiene vigente y en ejecución un Plan de Gestión aprobado por la Junta directiva para evaluación

durante el periodo para el cual fue nombrado el gerente, en las áreas de direccionamiento y gerencia, administrativa y financiera y de prestación de servicios. Su formulación y desarrollo se articula con el Plan de desarrollo y plan de acción de la vigencia.

Se cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2014-2020. El plan fue socializado nuevamente en el ciclo de reinducción del mes de mayo de 2015, se entregó folleto resumen y se tiene publicado en red de acceso a todos los servidores. Su formulación se realizó en forma participativa involucrando intervención en las necesidades identificadas por los servidores y otras partes interesadas.

Igualmente se contó con un plan de compas y plan de acción aprobado por la Junta directiva para el año 2015, con cronograma, responsables y presupuestos, para la ejecución de los proyectos establecidos para lograr las metas trazadas en el Plan de desarrollo.

La ESE cuenta con la planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia).

Se tuvo aprobado un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2015, fue publicado en sitio web, socializado a todos los funcionarios y se realizó seguimiento según lo establecido normativamente.

Se está realizando medición de la satisfacción del usuario para establecer la percepción respecto a la ejecución de los distintos proyectos y su impacto en los servicios de la ESE. Se evalúa la percepción de calidad y la satisfacción con los servicios.

Para la vigencia 2016 se formuló y fue aprobado el Presupuesto, Se formuló el Plan de acción o plan operativo (está pendiente aprobación por junta directiva). Además, se formuló, aprobó y publicó el Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, se formuló y reportó el Plan anual de adquirentes.

Modelo de operación por procesos:

Se tiene un mapa de procesos institucional, se ha actualizado según necesidades y políticas de la dirección. Incluye procesos de dirección, evaluación, de apoyo y misionales. Es suficiente para responder a las necesidades de los usuarios de acuerdo al nivel de la entidad y los servicios que presta. Está en la tercera versión.

Se tienen los procesos caracterizados según el mapa, y se realizó la actualización de estas acorde con nueva normatividad y actualización del sistema de calidad y modelo estándar de control interno. Esta define objetivo, alcance, responsables, insumos, productos y clientes, entre otros aspectos.

Durante el año 2015 se realizó una socialización del mapa de procesos y su interrelación con el organigrama facilitando a los servidores la identificación de dicha relación y su ubicación en los procesos y unidades funcionales en las que participan desde sus funciones.

Desde la implementación del Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC se está complementado la documentación de procesos y procedimientos, sobre todos en lo relacionado con el Programa de seguridad del paciente. dicha documentación se ha socializado en reuniones de personal en reinducción: protocolo de identificación de pacientes, prevención de caídas, aseo y desinfección, prevención de infecciones, protocolo de manejo de antibióticos, entre otros.

Estructura organizacional:

Se realizó actualización del organigrama mejorando la visualización de los niveles de responsabilidad y autoridad y su interrelación con el modelo de operación por procesos. Se realizó la socialización según se describió en el párrafo anterior logrando la comprensión por parte de los funcionarios.

Se cuenta con una planta de cargos aprobada por la Junta directiva para el año 2015. Además, se contrató un Estudio técnico de modernización institucional para planta definitiva y/o temporal, realizando además la actualización del manual de funciones y competencias para todos los cargos.

Indicadores de gestión:

Se complementaron todas las fichas técnicas de indicadores para la medición del Plan de desarrollo vigente. Entre otras variables, incluye el dominio clasificado en Eficacia, Eficiencia y Efectividad, la forma de medición, fuentes de información y las metas establecidas en el Plan para cada año.

Además, se tienen instrumentos gerenciales de indicadores definidos para cada uno de los procesos, principalmente los asistenciales y algunos de apoyo, con las respectivas metas y rangos de desempeño.

La ESE cuenta con un normograma elaborado en relación con los asuntos y responsabilidades que le competen como entidad pública y prestadora de servicios de salud, aunque debe ser actualizado con la normatividad del último año.

Políticas de operación:

La ESE tiene definidas las políticas necesarias para la gestión de los procesos. Las políticas generales hacen parte del Código de ética y Buen Gobierno y las específicas de cada proceso se incluyen en la documentación de procedimientos en el numeral de "políticas de operación". La actualización de estas se está realizando cuando se actualizan los procedimientos.

Las políticas se están socializando a todos los servidores en los ciclos de reinducción y en la inducción de personal nuevo. Además, están publicadas en el servidor de acceso para los funcionarios, llamado Gestor Documental.

Administración del riesgo:

La ESE tiene aprobada una política específica para la administración del riesgo la cual incluye la definición de la metodología, la cual corresponde a la recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se tienen identificados y caracterizados los riesgos para cada uno de los procesos que integran el modelo de operación, previa documentación del contexto estratégico que analiza las principales variables del entorno y define los principales factores causantes de riesgos.

En la aplicación de la metodología de administración del riesgo se valoraron los controles para los diferentes procesos y procedimientos y se cuenta con el respectivo mapa de riesgos de cada proceso.

Igualmente se tiene un mapa de riesgos a nivel institucional en el cual incluye aquellos cuya valoración arrojan un resultado que lo ubique en zona alta o extrema y que consecuentemente requiere prioridad en

su intervención.

También se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción a partir del cual se definen y se aplican acciones de intervención dentro del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para el año 2015.

En desarrollo de la política de seguridad del paciente se continúa mejorando en la cultura del reporte y gestión de riesgos, principalmente lo relacionado con incidentes en la atención y eventos adversos. A partir de los análisis de los eventos reportados se generan planes para intervenir las causas y mejorar la seguridad en los procesos.

Se aprovechó el espacio de reuniones de personal de los meses de septiembre, octubre y noviembre para fomentar el reporte de los eventos e incidentes en la atención como insumo para mejorar la seguridad del paciente y para hacer medición de percepción de la cultura de seguridad por parte de los funcionarios.

Durante el periodo evaluado se actualizaron los mapas de riesgos de cada proceso, el mapa de riesgos institucional y se realizaron los seguimientos al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Hoy oportunidad de mejora en la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, falta cultura de la evaluación de la gestión a través de indicadores, pues aun disponiendo de las herramientas no se aplican regularmente por parte de los líderes de los procesos y/o servicios. Se debe dar cumplimiento regularmente a los espacios para el análisis de la gestión con participación de los líderes de procesos.

Aun se presenta fallas respecto a la eficacia en la oportunidad para el cumplimiento de los planes de mejora que se suscriben a partir de las auditorías internas y de otras fuentes.

Autoevaluación institucional:

Se tienen diseñados los instrumentos gerenciales basados en indicadores de gestión para los procesos operativos de la ESE a través de los cuales se puede ejecutar la autoevaluación de la gestión. Se están midiendo indicadores en algunos procesos asistenciales y de apoyo. Algunos resultados se han presentado en reunión de personal.

Se tienen definidos los controles preventivos y correctivos asociados a los riesgos de cada uno de los procesos.

En el periodo evaluado se diseñó un instrumento para realizar autovaloración del control a partir de la percepción de los colaboradores. Se socializó el instrumento en reunión de personal, se realizó el muestreo y selección aleatoria y se aplicará en noviembre y diciembre.

Auditoría interna:

Se cuenta con el Manual de control interno y un procedimiento específico para la aplicación de la

auditoría interna en la ESE.

Se continúa ejecutando el programa de auditoría interna en procesos priorizados en aspectos relacionados con lo estratégico, de legalidad, de gestión y resultados, por parte de evaluador independiente de control interno y auditor designado para auditoría clínica. El programa de auditoría para el año 2015 fue aprobado por el comité de coordinación de control interno y calidad.

En desarrollo del programa de auditoría interna del año 2015 se ejecutaron entre otras las siguientes acciones:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe ejecutivo anual del MECI de la vigencia 2014, de acuerdo a los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Evaluación anual, elaboración y envío del informe sobre el sistema de control interno contable de la vigencia 2014.
- Evaluación al plan de acción para la actualización del MECI a partir del diagnóstico realizado, dando cumplimiento a los lineamientos definidos por el Decreto 943 de 2014.
- Evaluación de planes de mejoramiento institucional incluidos en la matriz de mejoramiento.
- Evaluación final al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2014 y primer seguimiento al Plan del año 2015.
- Evaluación final del Plan de acción 2014.
- Evaluación final del Plan de gestión 2014.
- Evaluación y elaboración del informe cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011.
- Auditoría a la contratación del año 2015 en mayo y octubre.
- Auditoría semestral al Sistema de información y atención al usuario SIAU.
- Auditoría al Manejo de efectivo e inventarios.
- Auditoría al reporte de informes a organismos de vigilancia y control.
- Auditoría a la seguridad de la información.
- Auditoría al proceso de talento humano.
- Evaluación plan de acción 2015.
- Evaluación plan de gestión 2015.
- Auditorías de adherencia a guías y de calidad de historia clínica.

En enero y febrero del año 2016 se cumplió con:

- Evaluación anual MECI.
- Evaluación anual del sistema de control interno contable.
- Evaluación final Plan de acción 2015.
- Evaluación final plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
- Evaluación final Plan de comunicaciones.
- Evaluación planes de mejoramiento.
- Seguimiento a rendición de cuentas.

Planes de mejoramiento:

La ESE tiene institucionalizado una metodología e instrumento para documentar los planes de mejoramiento. Estos son canalizados hacia control interno y desde allí se hace seguimiento y evaluación.

De diversas fuentes se surten los planes de mejoramiento, entre otras: auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de auditorías internas de control interno, entre otras. A partir de los resultados de la evaluación del desempeño se formulan planes de mejoramiento a nivel individual.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Aunque se tiene un proyecto de Gestión documental que incluye tablas y procedimientos, aun no se aprueba por el concejo departamental y por ende no se ha realizado la respectiva implementación.

Aun se tienen oportunidades de mejora en cuanto al cumplimiento en la publicación de la información obligatoria a partir de la ley de transparencia en la gestión y derecho de acceso a la información pública y la estrategia de Gobierno en Línea.

Aunque se tiene sistematizadas las expresiones de los usuarios o partes interesadas (peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias) aún falta oportunidad en el análisis y en algunas de las respuestas a los remitentes.

Se presenta oportunidad de mejora en la continuidad y oportunidad en la medición de los indicadores estratégicos y de los diferentes procesos, el análisis y definición de planes de mejoramiento cuando los resultados no estén acorde con los estándares de desempeño esperado.

La ESE cuenta con un sistema de información que en términos generales es suficiente para garantizar la captura de datos, procesamiento y generación de reportes e información oportuna y confiable. Además, está soportado en una adecuada plataforma tecnológica.

Se formuló y ejecutó en el 2015 un plan de comunicaciones a través del cual se realizan acciones de comunicación organizacional a través de las reuniones de personal y reuniones por áreas como principal medio, además a través de las carteleras, comités, sistema de altavoz, y comunicaciones escritas.

Además, continúan siendo operativos los medios de comunicación para transmitir información a la comunidad, tal como la página web, emisora local, canal local de TV, con el que se tuvo contrato para elaboración y transmisión de programas informativos y educativos, reuniones con asociación de usuarios, comité de participación comunitaria en salud – COPACOS, Concejo Municipal y otros grupos organizados.

En el periodo evaluado se avanzó en el fortalecimiento del plan de comunicaciones a través de la participación de practicantes de psicología, quienes ejecutaron acciones de difusión de derechos y deberes, educación en prevención de enfermedades, entre otros.

La ESE ejecutó acciones de rendición de cuentas durante el año 2015, principalmente de información, pero también en un espacio de diálogo se realizó audiencia pública de rendición de cuentas para finalizar el ciclo de rendición de la vigencia 2014.

Se dispone de instrumentos para recibir información sobre las manifestaciones del usuario y otras partes interesadas: página web, buzón, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario, correo institucional, línea de información telefónica, espacios de participación en salud como la asociación de usuarios, comité de ética, junta directiva de la ESE.

La entidad ha identificado sus fuentes de información y ha dispuesto de los medios e instrumentos para capturar, organizar, procesar y transmitir la misma (matriz de información primaria, software institucional).

Continúa en operación la oficina de atención al usuario con los recursos humanos, logísticos y técnicos necesarios para desarrollar sus funciones. Desde allí se realiza la canalización de las manifestaciones de los usuarios, medición de la satisfacción y apoyo en trámites para el usuario, apoyo a la asociación de usuarios, enlace con veedurías en salud, entre otras.

La entidad ha identificado sus fuentes de información y ha dispuesto de los medios e instrumentos para capturar, organizar, procesar y transmitir la misma (matriz de información secundaria, software, tablas de retención, entre otros).

Como principal espacio para la recepción de manifestaciones o inquietudes de los funcionarios se ha establecido nuevamente el espacio de reunión mensual de personal, en el cual se propicia la interacción entre directivos y los demás colaboradores. Ha sido el espacio efectivo para la realización de ciclos de reinducción.

Se actualizó la carpeta para publicación de documentos de interés en red de acceso público, donde todos los servidores pueden acceder a consulta de la información de los procesos.

Se dispone de un sistema de información para la gestión de recursos físicos (módulo de activos) que facilita la operación contable de los mismos. También se tiene información organizada del talento humano y del presupuesto de la ESE.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE 2015

Fortalezas

Se tienen debidamente identificados los productos y clientes de contabilidad y procesos proveedores a través de la caracterización del proceso gestión financiera y los demás procesos y procedimientos relacionados con la dependencia.

Se encuentran documentados los procedimientos y políticas del área contable y aquellos que proveen información a contabilidad.

Se tiene estandarizada la medición y clasificación de hechos, transacciones y operaciones dada la normatividad (manuales de procedimientos, actividades e intervenciones, manuales tarifarios, procesos y procedimientos), por lo cual es adecuada clasificación y registro de estos en la contabilidad.

En la vigencia evaluada se actualizó el software para el sistema contable y financiero, a través del cual se opera el proceso bajo sistema integrado para proveer información a contabilidad.

Se cuenta con un área contable y financiera definida y se tienen claramente establecidos los niveles de autoridad y responsabilidad. Se cuenta con personal con experiencia en la dependencia contable y la mayor parte de las dependencias proveedoras de información.

Se genera información contable y financiera con coherencia en los libros de contabilidad y se reportan cifras homogéneas a los diferentes clientes de la información.

Obligaciones

En la conciliación de saldos recíprocos con otras entidades públicas se ha avanzado en la circularización de cuentas con Hospitalés, aún no se concretan conciliaciones con estos y tampoco con otras entidades públicas que a diciembre 31 reportan partidas por conciliar en el sistema consolidador CHIP.

Se presenta oportunidad de mejora en cuanto a la cobertura en notas específicas, explicativas a los estados financieros para facilitar la interpretación y análisis por los distintos usuarios y principalmente por la dirección. Falta uso de referencias cruzadas en los estados financieros.

Sigue faltando mayor gestión para la implementación de la metodología de administración del riesgo para el área contable, así como una autoevaluación del control consistente que contribuya al cumplimiento de los objetivos del área.

Falta diseñar un esquema que muestre de manera amigable como opera el flujo de información entre contabilidad y las demás dependencias de la ESE.

Está pendiente aún implementar las tablas de retención documental de forma que se dé un manejo a los soportes de contabilidad conforme a dicha norma.

Avance respecto a evaluación anterior

Se ha consolidado la operación del módulo de activos fijos en el software, facilitando la generación de información detallada de los bienes y su depreciación.

Se continúa mejorando la elaboración, reporte y presentación de los estados financieros y ya se acompaña de indicadores y comparativos ayudan al análisis.

Durante la vigencia evaluada se llevó a cabo una actualización al software a través del cual se opera el sistema integrado de información contable.

Se implementaron diversas correcciones a la información contable a partir de las observaciones de auditorías externas, logrando una opinión favorable en Control financiero y opinión con salvedades en el último dictamen de la Contraloría General de Antioquia.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En la ESE Hospital El Carmen de Amalfi se ha avanzado en el desarrollo del Modelo Estándar de Control interno, en articulación con los componentes exigidos por el sistema obligatorio de garantía de la calidad, se han diseñado e implementado en su mayoría los diferentes elementos de control.

En la última auditoría realizada por parte de la Contraloría General de Antioquia a la actualización del MECI 2014, halló un resultado en rango de cumplimiento AVANZADO (93%), dando el concepto que está ACTUALIZADO.

RECOMENDACIONES

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

- Gestionar la implementación de un plan de acción para la intervención o fortalecimiento de la cultura organizacional a partir de los resultados y recomendaciones de la última medición del clima laboral.
- Formular e implementar un Plan estratégico para fortalecimiento del recurso humano que incluya para la vigencia: Plan de previsión, inducción, reinducción, capacitación, bienestar social laboral, incentivos, salud y seguridad en el trabajo, evaluación del desempeño y evaluación y seguimiento del proceso.
- Implementar un instrumento de registro y sistematización de las expresiones del cliente interno, como insumo para el mejoramiento de los procesos y para responder a las necesidades de estos.
- Realizar medición de indicadores de gestión del proceso de talento humano, realizar análisis de los resultados en función de establecer el grado de eficacia y efectividad y documentar cuando corresponda los planes de mejoramiento.
- Revisar cada uno de los mapas de riesgos de los procesos, complementar los que sea necesario y socializar con los funcionarios.
- Revisar el mapa de riesgos institucional, actualizarlo con base en los cambios en los mapas de riesgos de los procesos y socializarlo con todos los funcionarios.
- Realizar seguimiento a la aplicación de controles y cumplimiento de las acciones para el manejo de los riesgos de cada uno de los procesos. Primer seguimiento por parte del líder del proceso y seguimiento posterior por control interno.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Implementar la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, por parte de los líderes, con apoyo de sistemas de información.
- Se debe dar cumplimiento regularmente a los espacios para el análisis de la gestión a partir de los indicadores con participación de los líderes de procesos.
- Mejorar estrategias para la gestión de planes de mejoramiento que se suscriben a partir de las auditorías internas y de otras fuentes.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

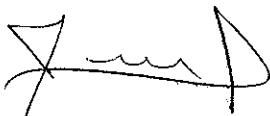
- Realizar los ajustes necesarios al proyecto de tablas de retención documental y presentarlo nuevamente al Consejo Departamental de Archivo para su aprobación.
- Gestionar capacitación para personal que pueda liderar la implementación del programa de gestión documental, incluidas las tablas de retención y de valoración documental.
- Definir claramente el (o los) responsable de la administración de la página web, gestionar la recopilación de información que se debe publicar y hacer la publicación en los términos y contenidos

establecidos en la Estrategia Gobierno en línea, Ley 1474 de 2011 y ley 1712 de 2014 y Decreto 103 de 2015.

- Se debe mejorar la oportunidad en el análisis y respuesta a expresiones de los usuarios, para cumplir los plazos establecidos normativamente.
- Se debe formular e implementar un Plan de rendición de cuentas con base en los lineamientos del Manual único de rendición publicado por el Departamento Administrativo de la Función pública.

RECOMENDACIONES CONTROL INTERNO CONTABLE

- Se debe continuar fortaleciendo las acciones de conciliación entre contabilidad y procesos proveedores de información y avanzar en la conciliación de saldos recíprocos con otras entidades públicas.
- Para facilitar la comprensión del proceso se debe diseñar un esquema que muestre de manera amigable como opera el flujo de información entre contabilidad y las demás dependencias de la ESE.
- Continuar con el proceso de mejoramiento en la elaboración de notas explicativas a los estados financieros e implementar el mecanismo de referencia cruzada para orientar el análisis.
- El personal de la dependencia debe participar en la actualización del mapa de riesgos del proceso contable y financiero y en el seguimiento a los controles identificados.
- Implementar la realización periódica de comités técnico financieros o espacio similar que permita analizar la información financiera, económica, social y ambiental, como un espacio de aprovechamiento de la información para la gestión.
- Se debe implementar las tablas de retención documental de forma que se dé un manejo a los soportes de contabilidad conforme a dicha norma.



MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor control interno
Funcionario A.C. Ltda.