

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 1 de 37	

Fecha del Informe:	01 de abril de 2026.
Título del Informe:	Informe del sistema de gestión de riesgos del instituto nacional de cancerología (SIGERIN) vigencia 2025.
Proceso:	Gestión del Sistema de Desempeño Institucional
Objetivo:	Presentar por parte de la Oficina Asesora e Planeación el alcance al informe del Sistema de Gestión de Riesgos del Instituto Nacional de Cancerología (SIGERINC) correspondiente a la vigencia 2025, presentado el 16 de enero de 2026 , en cumplimiento al rol de la segunda línea de defensa y al enfoque de gestión de riesgos implementado a través de la herramienta NovaSec .
Alcance	Este ejercicio tiene como propósito complementar y precisar el análisis, fortaleciendo la alineación del informe con el marco normativo establecido por el DAFP y con la operación actual del sistema de gestión de riesgos

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS DEL INC.	2
DESARROLLO DEL INFORME	2
1. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL SIGERINC.	2
2. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SIGERINC.	3
3. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.	4
4. RESULTADOS SISTEMA GENERAL DE RIESGOS DEL INC (SIGERINC) AÑO 2025.	5
4.1. RIESGOS POR SUBSISTEMA.	6
4.2. NIVELES DE RIESGO VIGENCIA 2025.	8
4.2.1. Riesgo inherente.	8
4.2.2. Riesgo residual.	9
4.2.3. Mapa de calor vigencia 2025.	11
4.2.4. Comparativo del riesgo residual vigencias 2024 y 2025.	11
4.3. PERFIL DEL RIESGO POR SUBSISTEMA Y PROCESO.	12
4.3.1. Subsistema de riesgos de gestión u operacional.	12
4.3.2. Subsistema de riesgos en salud.	17
4.3.3. Subsistema SICOF-S (Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno).	19
4.3.4. Subsistema de riesgos de seguridad de la información.	25
4.3.5. Subsistema de riesgos de continuidad.	26
4.3.6. Subsistema de riesgos SARLAFT / PADM.	29
4.3.7. Subsistema de riesgos de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención.	31
4.3.8. Subsistema de riesgo de crédito.	32
4.3.9. Subsistema de riesgo de liquidez.	33
4.3.10. Subsistema de riesgos ambientales	34
CONCLUSIONES.	35

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 2 de 37			

INTRODUCCIÓN

La gestión del riesgo se reconoce actualmente como una de las mejores prácticas organizacionales, aplicable a todo tipo de entidades, independientemente de su naturaleza o sector. En el **Instituto Nacional de Cancerología (INC)**, el **Sistema de Gestión de Riesgos del Instituto Nacional de Cancerología (SIGERIN)** se concibe como un procedimiento de nivel estratégico que permea transversalmente a toda la institución y **se articula con los procesos estratégicos, misionales y de apoyo**. Su implementación es fundamental para minimizar la vulnerabilidad institucional, reducir la incertidumbre y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos establecidos en el **Plan de Desarrollo Institucional**, mediante un **enfoque preventivo y el tratamiento eficaz de los riesgos**.

En el caso del **INC**, la gestión del riesgo ha adquirido una relevancia creciente debido a la naturaleza misional de la institución, a los cambios permanentes del contexto interno y externo y a la necesidad de garantizar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales. En este sentido, uno de los propósitos fundamentales del Instituto es **lograr que la gestión del riesgo opere como una herramienta preventiva y anticipatoria**, promoviendo un **pensamiento basado en riesgos** que oriente la toma de decisiones y fortalezca la gestión institucional.

MARCO NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS DEL INC.

El **Sistema General de Riesgos del Instituto Nacional de Cancerología (en adelante, SIGERINC)** adopta los siguientes lineamientos normativos:

- Guía de Administración del Riesgo (V7) del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Guía de Gestión de Riesgos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC).
- Estructura del Sistema Integrado de Gestión (SGI).
- Resolución 0631 de 2020 Lineamientos de la Seguridad del Paciente.

DESARROLLO DEL INFORME

1. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL SIGERINC.

El mapa de riesgos del **SIGERIN** se actualiza conforme a los lineamientos definidos por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, emitida por el DAFP, la Secretaría de Transparencia y el MinTIC, y en armonía con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta metodología proporciona un enfoque preventivo, proactivo y orientado al control, asegurando una gestión integral alineada con los estándares nacionales.

a) Enfoque metodológico.

El ejercicio de actualización del Mapa de Riesgos 2024 partió de los riesgos identificados en 2023 y consistió en:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 3 de 37	

- La revisión, actualización y redefinición de riesgos existentes.
- La incorporación de nuevos riesgos, atendiendo cambios institucionales, normativos y operativos.
- La integración de riesgos pertenecientes a subsistemas institucionales como SARLAFT/PADM, SICOF S, seguridad del paciente, seguridad digital, riesgos en salud y riesgos asociados a trámites y OPAs.

Este análisis permitió identificar posibles efectos no deseados sobre los procesos misionales, estratégicos y de apoyo del INC.

b) Optimización operativa.

El proceso empleó una herramienta digital que:

- Agilizó los tiempos de trabajo,
- redujo la carga operativa para líderes y coordinadores,
- y garantizó la consolidación completa y homogénea de la información clave para la gestión del riesgo.

c) Participación institucional.

La metodología incorporó mesas de trabajo con líderes de proceso y coordinadores de grupo/área, en las cuales se:

- Recolectó y validó la información de riesgo.
- Socializó la ruta metodológica adoptada por el INC.
- Explicó el acceso y disponibilidad de la información a través del sistema SIAPINC, asegurando transparencia, trazabilidad y consulta permanente por parte de los funcionarios.

2. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SIGERINC.

La implementación del **SIGERINC** se evidencia a través de los documentos institucionales que se encuentran a disposición de todos los funcionarios en el sistema **SIAPINC CUATRO**. Estos documentos pueden consultarse siguiendo la ruta:

“Ciclo de mejoramiento → Procesos y Procedimientos → Procesos Estratégicos → Gestión del Sistema de Desempeño Institucional”

A continuación, se relacionan los documentos disponibles para consulta:

Documentos Internos:

Políticas:

- Política de Gestión del Riesgo (Resolución 0820 de 2024).

Manuales:

- GSI-P07-M-02 - Manual para la gestión del riesgo institucional.
- GSI-P07-M-01 - Manual del sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM.
- GSI-P07-M-03 Manual del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, el Fraude y el Soborno (SICOF-S).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 4 de 37	

Procedimientos:

- a) Procedimiento: GSI-P07 - Procedimiento para Gestión del Riesgo.

Instructivos:

- a) GSI-P07-I-02 - Instructivo para el diligenciamiento de la ficha integral del riesgo u oportunidad.

Formatos:

- a) GSI-P07-F-10 - Lista de Seguimiento y Monitoreo.
- b) GSI-P07-F-02 - Mapa de riesgo institucional
- c) GSI-P07-F-04 - Formato Único de Información SARLAFT – Actualizado en el año 2023 físico y en línea:
https://sherlockapp.dataaft.com:2051/Sherlock_Form_INC/#no-back-button

Documentos Externos:

- a) Ficha integral del riesgo u oportunidad.
- b) Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Indicadores:

- a) Proporción de Riesgos Tratados en el INC.
- b) Porcentaje de cumplimiento de seguimiento y monitoreo de riesgos por proceso.
- c) Actualizar mapa de riesgos del proceso.
- d) Porcentaje de riesgos materializados por proceso.
- e) Porcentaje de efectividad de controles para mitigar los riesgos.

3. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO.

La actualización de la Política de Gestión del Riesgo se materializa mediante la **modificación de la Resolución 0365 de 2022**, lo cual evidencia una **evolución normativa** orientada a responder de manera más efectiva a las nuevas dinámicas, necesidades institucionales y exigencias del entorno.

En este marco, la **gestión del riesgo se concibe como un componente integral del Sistema Integrado de Gestión**, dejando de ser un ejercicio aislado o meramente operativo, para consolidarse como un **eje transversal que articula todos los niveles de la organización**. En consecuencia, se establecen **directrices de obligatorio cumplimiento para todos los procesos del Instituto Nacional de Cancerología (INC)**, independientemente de su naturaleza estratégica, misional o de apoyo.

El objetivo central de esta actualización es **implementar un Sistema Integral de Gestión del Riesgo**, robusto, articulado y alineado con la planeación estratégica institucional, que permita una gestión sistemática, preventiva y coherente de los riesgos, fortaleciendo la toma de decisiones y el logro de los objetivos institucionales.

El **Instituto Nacional de Cancerología (INC)** gestionará los riesgos de manera integral, con la **participación** de los **líderes de los procesos, sus equipos de trabajo y las partes interesadas**, con el propósito de dar cumplimiento a su misión institucional, mediante la **identificación**, el **análisis**, la **valoración** y el **tratamiento**

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 5 de 37	

oportuno de los riesgos. La política se orienta al control de los riesgos por proceso y se implementa mediante subsistemas especializados, entre los cuales se encuentran:

- Subsistema de riesgos en salud.
- Subsistema de riesgos de gestión u operacionales.
- Subsistema de riesgos de liquidez.
- Subsistema de riesgos de mercado de capitales.
- Subsistema de riesgo actuarial.
- Subsistema de riesgo de crédito.
- Subsistema de riesgo fiscal.
- Subsistema de riesgos de seguridad de la información.
- Subsistema de riesgos de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención
- Subsistema de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM.
- Subsistema de riesgos de corrupción, opacidad, y fraude (SICOF-S), incluye lineamientos de transparencia y ética empresarial.

Se precisa que los subsistemas del **Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST)** y del **Sistema de Gestión del Riesgo Ambiental** cuentan con **normatividad y metodologías propias**, debidamente definidas y orientadas por sus marcos regulatorios específicos. En consecuencia, la gestión de estos subsistemas se desarrollará conforme a dichas metodologías, en armonía y alineación con los lineamientos del **Marco Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**.

4. RESULTADOS SISTEMA GENERAL DE RIESGOS DEL INC (SIGERINC) AÑO 2025.

La **Oficina Asesora de Planeación** lidera el **Sistema Integral de Gestión del Riesgo del Instituto Nacional de Cancerología (SIGERINC)** en su rol de **segunda línea de defensa**. Bajo este marco, es responsable de **supervisar la efectividad de los controles** y verificar el **cumplimiento de las políticas, lineamientos y estándares institucionales** establecidos para la gestión del riesgo.

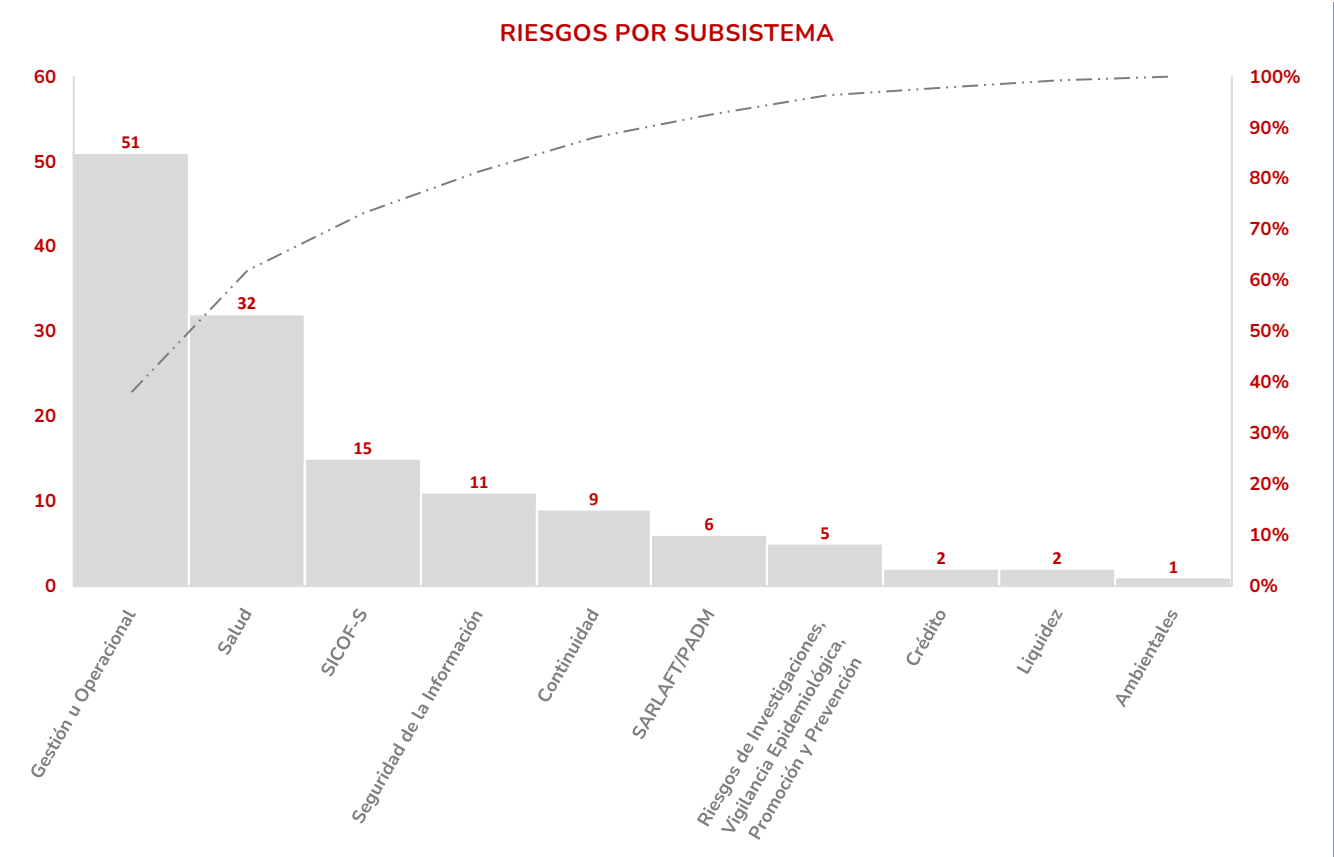
La segunda línea de defensa cumple un rol de **aseguramiento, seguimiento y control**, sin asumir funciones operativas propias de la primera línea, garantizando la independencia necesaria para evaluar la adecuada implementación del sistema de gestión del riesgo. Adicionalmente, brinda **acompañamiento técnico y metodológico** a los responsables de la primera línea de defensa, orientándolos en la **definición, fortalecimiento y mejora continua del sistema de control de riesgos**. Así mismo, vela por el **cumplimiento integral del marco normativo interno y externo**, incluyendo leyes, reglamentos, políticas y estándares aplicables.

Finalmente, consolida y analiza la información generada por los distintos procesos institucionales y **reporta oportunamente a la alta dirección y a la línea estratégica**, facilitando la **toma de decisiones informadas**, y contribuyendo al fortalecimiento del **gobierno institucional y del sistema de control interno**.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 6 de 37	

4.1. RIESGOS POR SUBSISTEMA.

Con corte a diciembre de 2025, el Sistema Integral de Gestión del Riesgo del Instituto Nacional de Cancerología (SIGERINC) tiene identificados un total de ciento treinta y cuatro (134) riesgos. Del total identificado, aproximadamente el 80 % de los riesgos se concentran en los subsistemas de Riesgos de Gestión u Operacionales, Riesgos en Salud, SICOF-S y Riesgos de Seguridad de la Información, lo que evidencia su mayor incidencia e impacto potencial en el desarrollo de los procesos institucionales.



Para cada subsistema de riesgos, el Instituto Nacional de Cancerología ha definido un conjunto de procesos asociados, los cuales se encuentran organizados y clasificados de acuerdo con su macroproceso, atendiendo a su naturaleza estratégica, misional, de apoyo o transversal.

Esta clasificación permite estructurar de manera ordenada la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos, facilitando su adecuada gestión en coherencia con los objetivos institucionales y con la cadena de valor del INC. Asimismo, garantiza que los riesgos sean analizados en su contexto operativo específico, considerando las particularidades, responsabilidades y niveles de impacto propios de cada tipo de proceso. El detalle es el siguiente:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 7 de 37	

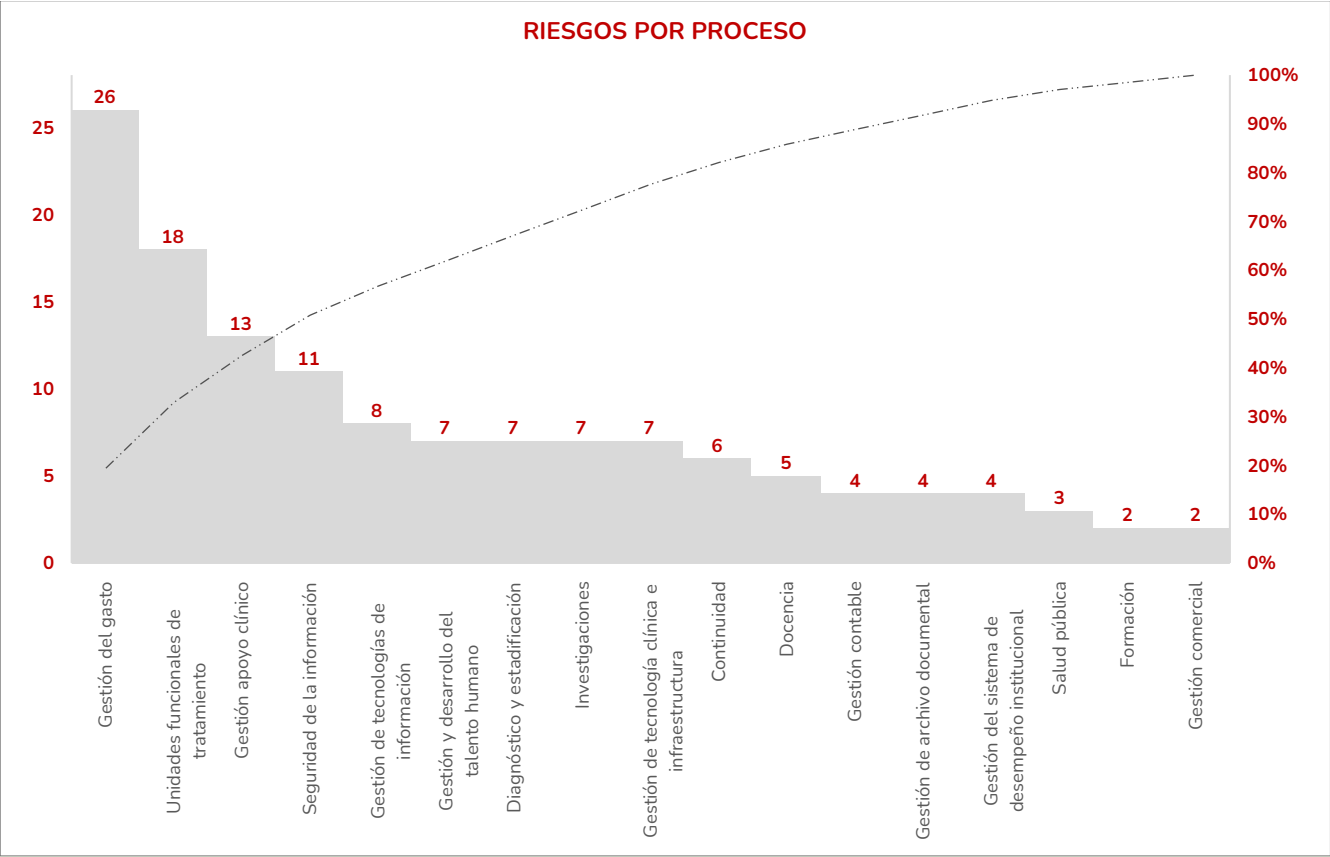
Subsistema	Proceso	Macroproceso	No de Riesgo	Total Riesgos
Riesgos de Gestión u Operacional	Gestión del gasto	De apoyo	17	51
	Gestión de tecnologías de información	De apoyo	7	
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura	De apoyo	5	
	Gestión y desarrollo del talento humano	De apoyo	4	
	Gestión del sistema de desempeño institucional	Estratégico	4	
	Gestión de archivo documental	De apoyo	4	
	Gestión contable	De apoyo	4	
	Docencia	Misional	3	
	Unidades funcionales de tratamiento	Misional	1	
	Gestión apoyo clínico	Misional	1	
	Formación	Transversales	1	
Riesgos en Salud	Unidades funcionales de tratamiento	Misional	17	32
	Gestión apoyo clínico	Misional	11	
	Diagnóstico y estadificación	Misional	4	
SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno	Gestión del gasto	De apoyo	3	15
	Investigaciones	Misional	3	
	Gestión y desarrollo del talento humano	De apoyo	2	
	Docencia	Misional	1	
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura	De apoyo	1	
	Formación	Transversales	1	
	Salud pública	Misional	1	
	Gestión apoyo clínico	Misional	1	
	Diagnóstico y estadificación	Misional	1	
	Gestión comercial	De apoyo	1	
Riesgos de Seguridad de la Información	Seguridad de la información	Transversales	10	11
	Continuidad	Transversales	1	
Riesgos de Continuidad	Continuidad	Transversales	5	9
	Diagnóstico y estadificación	Misional	2	
	Seguridad de la información	Transversales	1	
	Gestión de tecnologías de información	De apoyo	1	
Riesgos SARLAFT / PADM	Gestión del gasto	De apoyo	3	6
	Docencia	Misional	1	
	Investigaciones	Misional	1	
	Gestión y desarrollo del talento humano	De apoyo	1	
Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Investigaciones	Misional	3	5
	Salud pública	Misional	2	
Riesgo de Crédito	Gestión del gasto	De apoyo	2	2
Riesgo de Liquidez	Gestión del gasto	De apoyo	1	2
	Gestión comercial	De apoyo	1	
Riesgos Ambientales	Gestión de tecnología clínica e infraestructura	De apoyo	1	1

Total riesgos 134

A partir del análisis de la información consolidada, se concluye que el **80 % de los riesgos identificados se concentra en nueve (9) procesos**, a saber: Gestión del gasto, Unidades funcionales de tratamiento, Gestión de apoyo clínico, Seguridad de la información, Gestión de tecnologías de la información, Gestión y desarrollo del talento humano, Diagnóstico y estadificación, Investigaciones y Gestión de tecnología clínica e infraestructura.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 8 de 37	

Esta concentración de riesgos evidencia la mayor exposición y criticidad de dichos procesos dentro del quehacer institucional, lo cual requiere un seguimiento permanente, un fortalecimiento de los controles y una priorización en la gestión del riesgo, en coherencia con los objetivos estratégicos del Instituto Nacional de Cancerología.



4.2. NIVELES DE RIESGO VIGENCIA 2025.

4.2.1. Riesgo inherente.

Al inicio de la vigencia 2025, la matriz de riesgo inherente contenía **134 riesgos**, de los cuales **42 son de nivel extremo (31,3 %)** y **36 de nivel alto (26,9 %)**, lo que evidencia que **el 58,2 % del total se concentraban en niveles críticos de severidad**. El subsistema de **Riesgos de Gestión u Operacional** acumulaba **48 riesgos**, equivalente al **35,8 % del total institucional**, destacándose procesos como **Gestión del gasto (17 riesgos)** y **Gestión de tecnologías de información (7)**, con presencia relevante de **riesgos extremos y altos**. Por su parte, los **Riesgos en Salud** concentran **32 riesgos (23,9 %)**, sobresaliendo las **Unidades funcionales de tratamiento**, que por sí solas representan **17 riesgos**, varios de ellos extremos, lo que **incrementaba la criticidad sobre los procesos misionales**. Adicionalmente, los **Riesgos de Seguridad de la Información** registraban **10 riesgos**, de los cuales **el 80 % eran extremos**, configurando un perfil de alta vulnerabilidad en activos estratégicos. En conjunto, esta distribución reflejaba una **exposición institucional elevada**, que requería una priorización

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 9 de 37	

inmediata de controles y planes de tratamiento sobre los subsistemas con mayor frecuencia y severidad del riesgo.

RIESGO INHERENTE						
Subsistema	Proceso	Extrema	Alta	Moderada	Baja	Total Riesgos
Riesgos de Gestión u Operacional	Gestión del gasto	2	2	9	4	17
	Gestión de tecnologías de información	3	3	1		7
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura	1	1	2	1	5
	Gestión y desarrollo del talento humano				4	4
	Gestión del sistema de desempeño institucional	2	2			4
	Gestión de archivo documental			2	2	4
	Gestión contable		1	1	2	4
	Docencia			1	2	3
	Unidades funcionales de tratamiento		1			1
	Gestión apoyo clínico			1		1
Riesgos en Salud	Formación	1				1
	Unidades funcionales de tratamiento	5	4	7	1	17
	Gestión apoyo clínico	6	2	3		11
SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno	Diagnostico y estadificación	1	2		1	4
	Gestión del gasto	1	1	1		3
	Investigaciones		2		1	3
	Gestión y desarrollo del talento humano	1		1		2
	Docencia		1			1
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura		1			1
	Formación	1				1
	Salud pública		1			1
	Gestión apoyo clínico	1				1
	Diagnostico y estadificación		1			1
Riesgos de Seguridad de la Información	Gestión comercial	1				1
	Seguridad de la informacion	8	1	1		10
Riesgos de Continuidad	Continuidad	1				1
	Continuidad	4	1			5
	Diagnostico y estadificación		1		1	2
	Seguridad de la informacion	1				1
	Gestión de tecnologías de información	1				1
Riesgos SARLAFT / PADM	Gestión del gasto		1		2	3
	Docencia				1	1
	Investigaciones				1	1
	Gestión y desarrollo del talento humano				1	1
Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Investigaciones		3			3
	Salud pública		2			2
Riesgo de Crédito	Gestión del gasto	1	1			2
Riesgo de Liquidez	Gestión del gasto				1	1
	Gestión comercial		1			1
Riesgos Ambientales	Gestión de tecnología clínica e infraestructura			1		1
Total general		42	36	31	25	134

4.2.2. Riesgo residual.

La tabla de **riesgo residual** evidencia un efecto significativo de los controles, dado que, del total de **134 riesgos**, solo **6 permanecen en nivel extremo (4,5 %)** y **16 en nivel alto (11,9 %)**, mientras que el **83,6 % se concentra**

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 10 de 37	

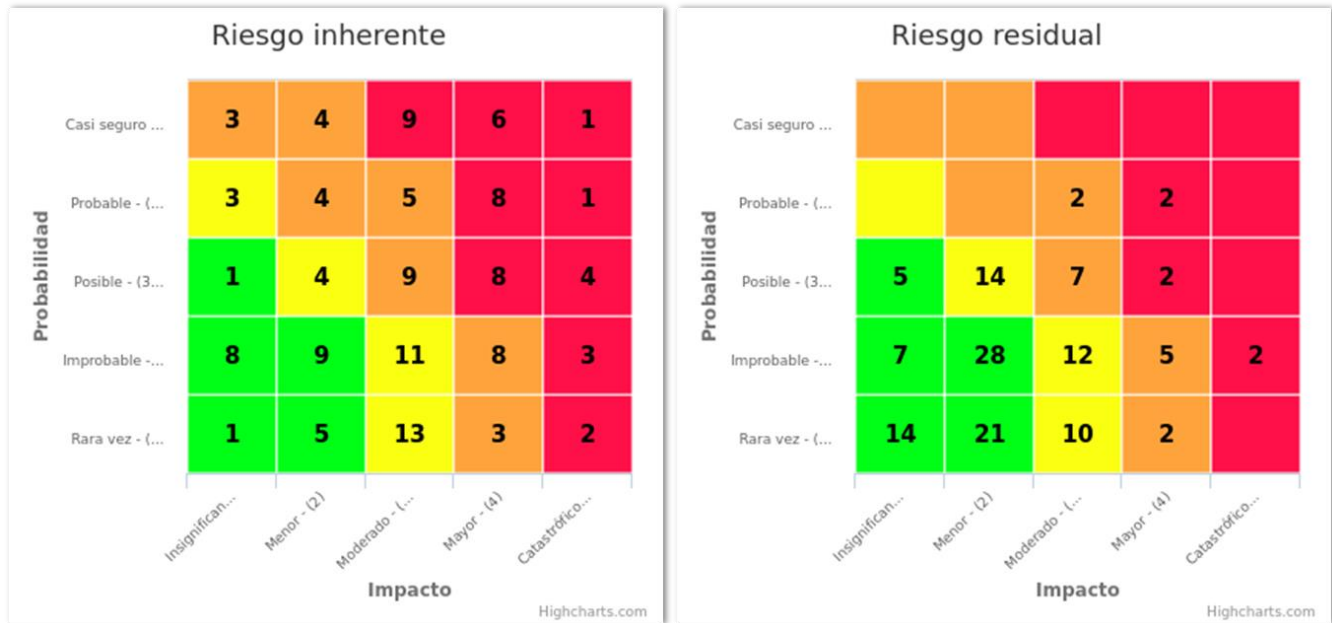
en niveles moderado (27,6 %) y bajo (56,0 %). El subsistema de **Riesgos de Gestión u Operacional** mantiene el mayor volumen residual, con énfasis en **Gestión del gasto y Gestión de tecnologías de información**, aunque **predominantemente en nivel bajo**, lo que indica control aceptable del riesgo. En **Riesgos en Salud**, pese a la reducción frente al riesgo inherente, persisten **5 riesgos altos en Unidades funcionales de tratamiento**, reflejando una exposición residual relevante en procesos misionales críticos. Los **Riesgos de Seguridad de la Información** presentan **40 % de riesgos en nivel moderado**, lo que sugiere controles implementados, pero aún perfectibles. En conjunto, el perfil residual muestra una **exposición institucional controlada**, con riesgos críticos focalizados que requieren seguimiento y fortalecimiento específico de medidas de mitigación.

RIESGO RESIDUAL						
Subsistema	Proceso	Extrema	Alta	Moderada	Baja	Total Riesgos
Riesgos de Gestión u Operacional	Gestión del gasto			2	15	17
	Gestión de tecnologías de información			1	6	7
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura		1	1	3	5
	Gestión y desarrollo del talento humano				4	4
	Gestión del sistema de desempeño institucional			3	1	4
	Gestión de archivo documental				4	4
	Gestión contable				4	4
	Docencia				3	3
	Unidades funcionales de tratamiento				1	1
	Gestión apoyo clínico				1	1
	Formación				1	1
Riesgos en Salud	Unidades funcionales de tratamiento		5	8	4	17
	Gestión apoyo clínico		3	5	3	11
	Diagnóstico y estadificación			2	2	4
SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno	Gestión del gasto			1	2	3
	Investigaciones			1	2	3
	Gestión y desarrollo del talento humano			1	1	2
	Docencia			1		1
	Gestión de tecnología clínica e infraestructura		1			1
	Formación			1		1
	Salud pública				1	1
	Gestión apoyo clínico		1			1
	Diagnóstico y estadificación			1		1
Riesgos de Seguridad de la Información	Seguridad de la información			4	6	10
	Continuidad		1			1
Riesgos de Continuidad	Continuidad	4	1			5
	Diagnóstico y estadificación		1		1	2
	Seguridad de la información	1				1
	Gestión de tecnologías de información	1				1
Riesgos SARLAFT / PADM	Gestión del gasto			1	2	3
	Docencia				1	1
	Investigaciones				1	1
	Gestión y desarrollo del talento humano				1	1
Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención	Investigaciones		1		2	3
	Salud pública				2	2
Riesgo de Liquidez	Gestión del gasto		1	1		2
	Gestión comercial			1		1
Riesgos Ambientales	Gestión de tecnología clínica e infraestructura			1		1
Total general		6	16	37	75	134

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 11 de 37	

4.2.3. Mapa de calor vigencia 2025.

En el **análisis comparativo del riesgo inherente frente al riesgo residual**, se evidencia una **reducción cuantitativa y cualitativa altamente significativa de la criticidad del riesgo** tras la aplicación de controles en el **Sistema de Gestión de Riesgos del INC (SIGERINC)**. En el escenario inherente se identifican **78 riesgos en niveles extremo y alto**, equivalentes al **58,2 % de los 134 riesgos totales**, mientras que en el escenario residual estos niveles se reducen a **22 riesgos (16,4 %)**, lo que representa una **reducción absoluta de 56 riesgos y una disminución relativa del 71,8 % en la exposición crítica**. De manera complementaria, los riesgos clasificados como **bajos aumentan de 25 a 75**, pasando del **18,7 % al 56,0 %**, evidenciando un desplazamiento claro hacia una zona de riesgo aceptable. Aunque los riesgos **moderados aumentan levemente de 31 a 37 (23,1 % a 27,6 %)**, este comportamiento es consistente con una estrategia de mitigación que reduce severidad sin ocultar riesgos relevantes. En conclusión, la comparación confirma que los controles implementados son **efectivos, sostenibles y coherentes**, consolidando un **perfil de riesgo residual controlado**, especialmente en subsistemas críticos como **Gestión Operacional, Riesgos en Salud y Seguridad de la Información**, y reflejando un **alto nivel de madurez institucional en la gestión del riesgo**.



4.2.4. Comparativo del riesgo residual vigencias 2024 y 2025.

La comparación entre las vigencias **2024 y 2025** muestra un incremento del universo de riesgos de **121 a 134 eventos**, equivalente a un aumento del **10,7 %**, asociado a una mayor cobertura y profundización del Sistema de Gestión de Riesgos. En 2024, los riesgos **extremos y altos sumaban 18 casos (14,9 %)**, mientras que en 2025 ascienden a **22 casos (16,4 %)**, explicado principalmente por el aumento de los **riesgos extremos de 2 a 6 eventos**, aunque los riesgos altos se mantienen estables en **16**. Los riesgos **bajos continúan predominando**, con

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 12 de 37	

70 casos en 2024 (57,9 %) y 75 en 2025 (56,0 %), lo que confirma que más de la mitad del perfil residual se ubica en una zona aceptable. Los riesgos moderados presentan una variación marginal, pasando de 33 a 37 casos (alrededor del 27 % en ambas vigencias). En conclusión, aunque en 2025 se observa un leve incremento de la criticidad residual, el perfil general se mantiene controlado y estable, lo que sugiere un sistema maduro que identifica mejor sus riesgos y conserva una capacidad adecuada de mitigación.

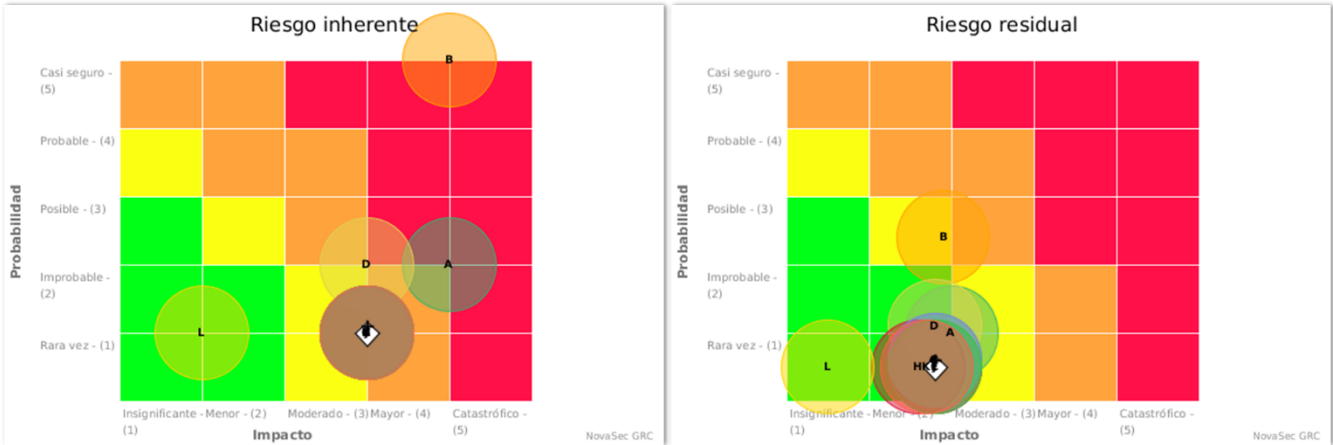
COMPARATIVO ZONA DE RIESGO RESIDUAL					
Vigencia	Extrema	Alta	Moderada	Baja	Total Riesgos
2019	8	24	38	29	↓ 99
2020	11	27	21	42	↓ 101
2021	1	18	25	62	↓ 106
2022	1	16	22	66	↓ 105
2023	0	18	23	68	↓ 109
2024	2	16	33	70	→ 121
2025	6	16	37	75	↑ 134

4.3.PERFIL DEL RIESGO POR SUBSISTEMA Y PROCESO.

4.3.1. Subsistema de riesgos de gestión u operacional.

4.3.1.1. Proceso de gestión del gasto.

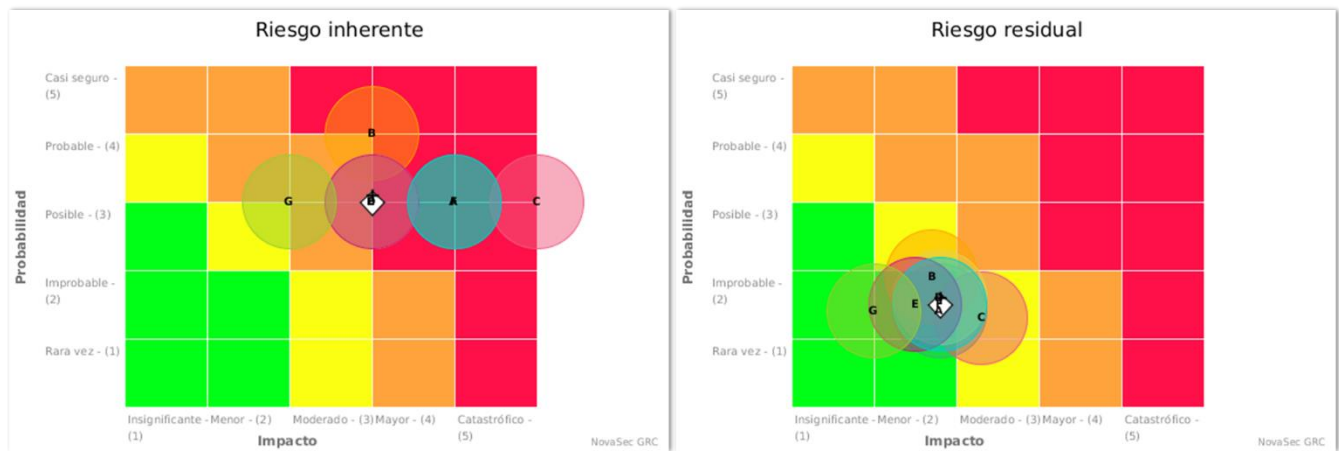
Se identifican 12 riesgos; en el escenario inherente, la mayoría de los riesgos se concentran en nivel moderado (75 %), con presencia puntual de 1 riesgo alto (8,3 %) y 1 extremo (8,3 %), asociados principalmente a incumplimientos legales y planificación presupuestal, evidenciando una exposición inicial relevante. En contraste, el escenario residual muestra que el 91,7 % de los riesgos se ubican en nivel bajo y el 8,3 % en nivel moderado, resultado que confirma que los controles implementados son efectivos, logrando un perfil de riesgo estable y controlado, sin riesgos críticos residuales que comprometan el cumplimiento de los objetivos del proceso.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 13 de 37	

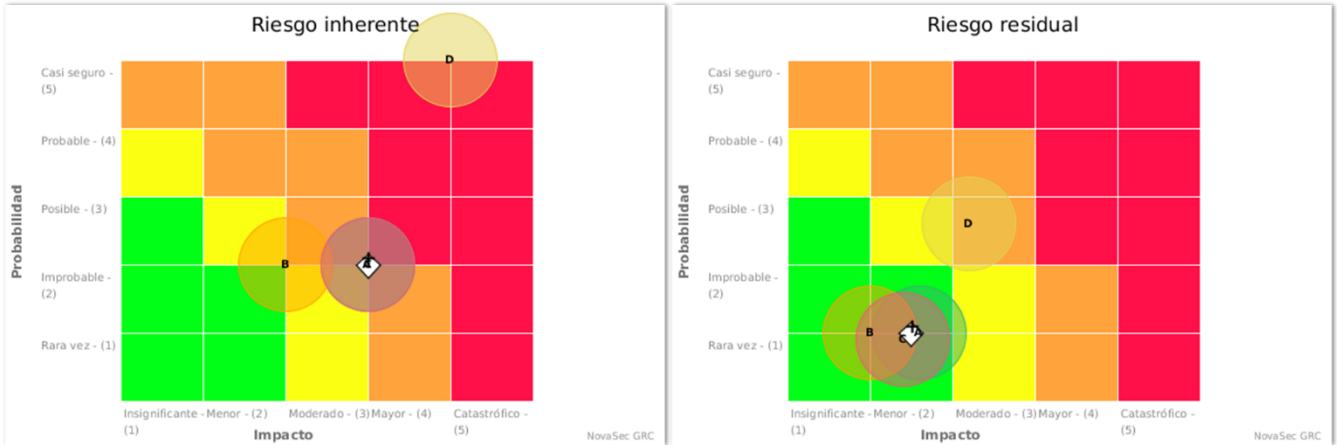
4.3.1.2. Gestión de tecnologías de información.

Se identifican **7 riesgos**; en el escenario **inherente**, el **57,1 % de los riesgos se ubican en nivel extremo**, el **28,6 % en nivel alto** y el **14,3 % en nivel moderado**, reflejando una exposición crítica asociada principalmente a ciberseguridad, disponibilidad de sistemas clínicos (RIS-PACS) y gestión de la información. En contraste, el **riesgo residual muestra una reducción sustancial de la severidad**, con el **85,7 % de los riesgos en nivel bajo** y el **14,3 % en nivel moderado**, lo que confirma que los controles implementados son **efectivos** y que el proceso presenta un **perfil residual controlado**, coherente con su criticidad misional y con una adecuada capacidad institucional de mitigación tecnológica.



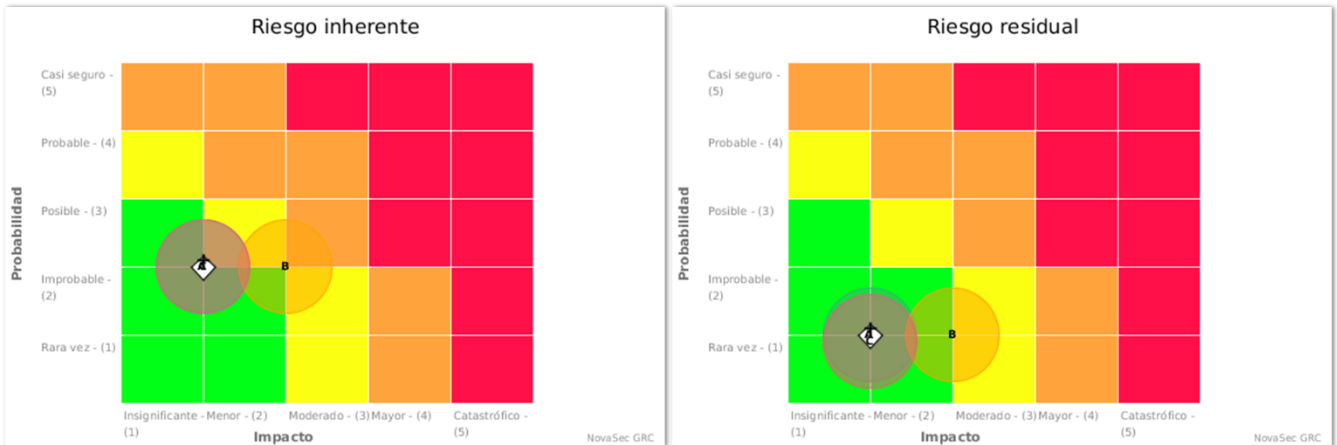
4.3.1.3. Gestión de tecnología clínica e infraestructura.

Se identifican **4 riesgos**; en el escenario **inherente**, el **50 % de los riesgos se ubican en nivel moderado**, el **25 % en nivel bajo** y el **25 % en nivel extremo**, este último asociado al posible incumplimiento contractual de proveedores con alta probabilidad, evidenciando una exposición relevante en términos operativos y de continuidad. En contraste, el **riesgo residual muestra una mejora significativa**, con el **75 % de los riesgos en nivel bajo** y **solo el 25 % en nivel alto**, lo que confirma que los controles aplicados reducen de manera efectiva la severidad, dejando un **perfil residual mayoritariamente controlado**, aunque con un riesgo relevante que requiere seguimiento prioritario para evitar impactos críticos en la operación institucional.



4.3.1.4. Gestión y desarrollo del talento humano.

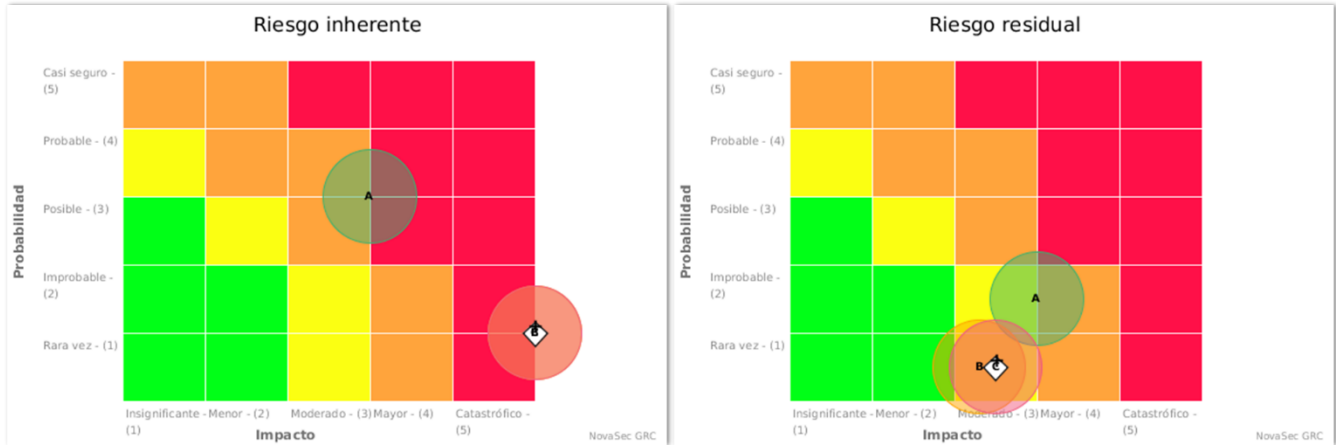
Se identifican **3 riesgos**; tanto en el escenario **inherente** como en el **residual**, el **100 %** de los riesgos se ubican en **nivel bajo**, con impactos **insignificantes o menores** y probabilidades entre **improbable y rara vez**, lo que indica una severidad reducida. En conclusión, el proceso presenta un **perfil de riesgo estable y controlado**, sin riesgos residuales.



4.3.1.5. Gestión del sistema de desempeño institucional.

Se identifican **3 riesgos**; en el escenario **inherente**, el **66,7 %** de los riesgos se clasifica como **extremo** y el **33,3 %** como **alto**, asociados a impactos **catastróficos y moderados**, lo que refleja una exposición crítica relacionada con decisiones estratégicas, cumplimiento de metas y sostenibilidad institucional. En el escenario **residual**, el **100 %** de los riesgos se ubica en **nivel moderado**, confirmando que los controles reducen significativamente la severidad, aunque persiste una **exposición relevante que requiere seguimiento permanente**, dada su incidencia directa en el logro de objetivos misionales y reputacionales del Instituto.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 15 de 37	



4.3.1.6. Gestión de archivo documental.

Se identifican **4 riesgos**; en el escenario **inherente**, el **50 % de los riesgos se ubica en nivel moderado** y el **50 % en nivel bajo**, asociados principalmente a errores en la gestión y entrega de documentos y al riesgo de pérdida de información, lo que evidencia necesidades de control operativo. En el escenario **residual**, el **100 % de los riesgos se clasifica en nivel bajo**, resultado de la reducción de probabilidades de ocurrencia, lo que confirma que los controles implementados son **efectivos y suficientes**, consolidando un perfil **estable, controlado y alineado con la protección de la información institucional**.



4.3.1.7. Gestión contable.

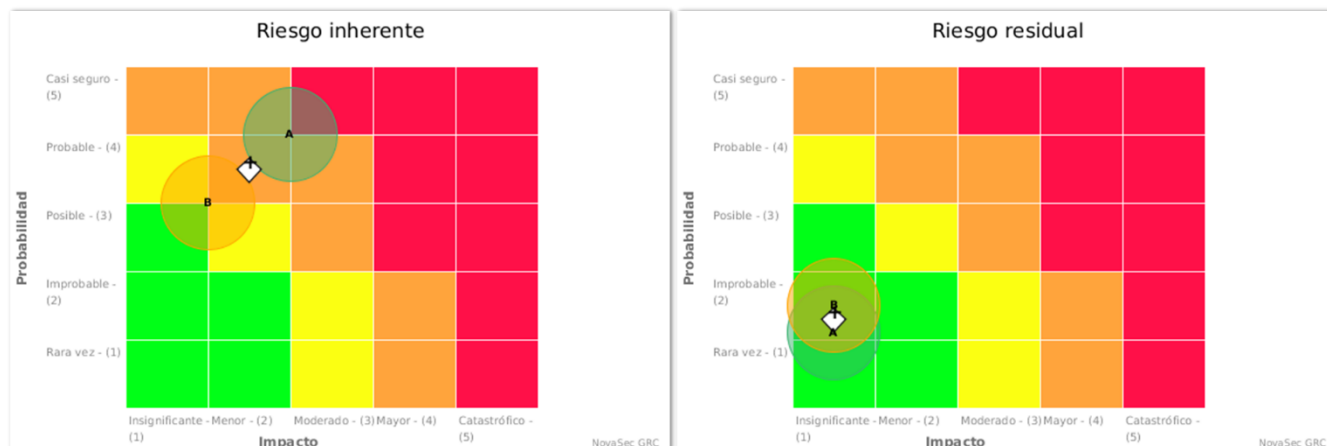
Se identifican **4 riesgos**; en el escenario **inherente**, el **75 % de los riesgos se ubica en nivel bajo** y el **25 % en nivel moderado**, con un caso puntual de **riesgo alto por probabilidad casi segura**, asociado al seguimiento de errores contables en SAP, reflejando una exposición operativa específica. En el escenario **residual**, el **100 % de los riesgos se clasifica en nivel bajo**, resultado de la reducción significativa del impacto y la probabilidad, lo que confirma que los controles implementados son **sólidos y efectivos**, consolidando un **perfil de riesgo estable, confiable y alineado con la transparencia y el cumplimiento financiero institucional**.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 16 de 37	



4.3.1.8. Docencia.

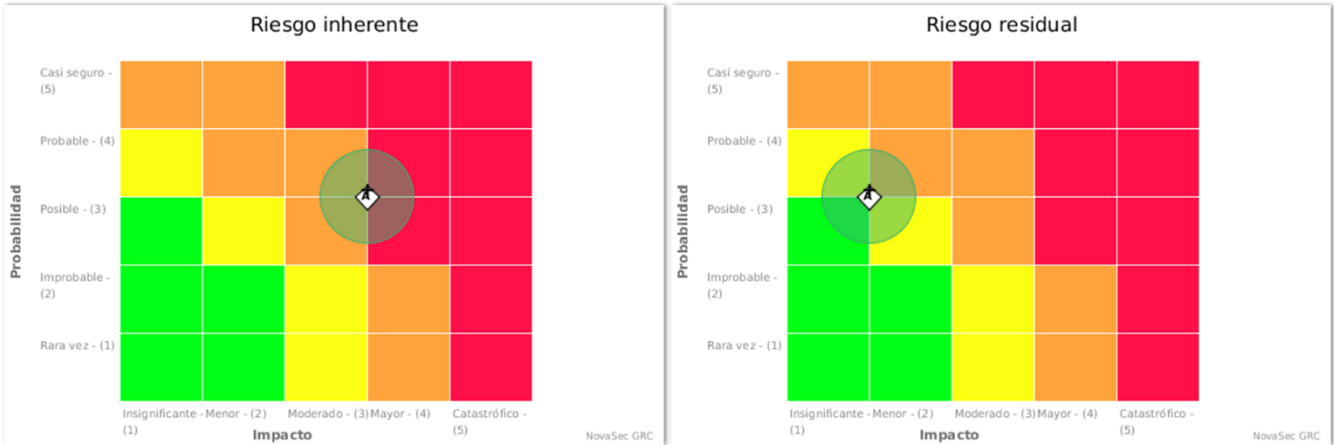
Se identifican **2 riesgos**; en el escenario **inherente**, se presenta **1 riesgo en nivel alto (50 %)** asociado al incumplimiento de requisitos en la admisión de aspirantes, mientras que el otro **50 % se ubica en nivel bajo**, evidenciando una exposición inicial diferenciada. En el escenario **residual**, el **100 % de los riesgos se clasifica en nivel bajo**, resultado de la reducción de la probabilidad de ocurrencia, lo que confirma la **efectividad de los controles académicos y administrativos**, y consolida un **perfil de riesgo controlado y alineado con los estándares de calidad y capacidad formativa del Instituto**.



4.3.1.9. Unidades funcionales de tratamiento.

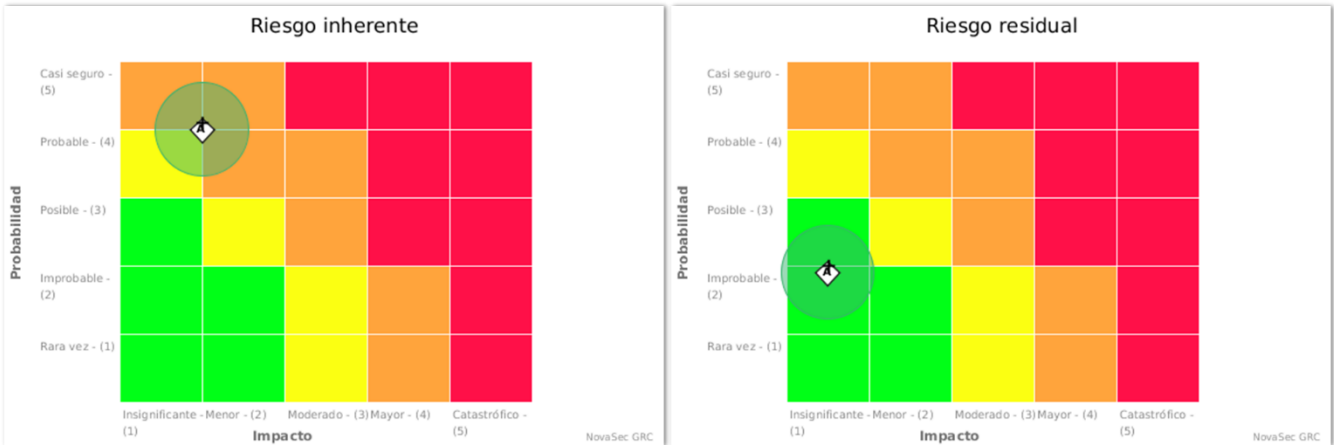
Se identifica **un único riesgo**; en el escenario **inherente**, este riesgo se ubica en nivel **alto**, con impacto **moderado (3)** y probabilidad **posible (3)**, evidenciando una exposición relevante por la potencial aplicación inapropiada u oportuna de esquemas terapéuticos. En el escenario **residual**, el riesgo se reduce a nivel **bajo**, con impacto **insignificante (1)** y probabilidad **posible (3)**, lo que demuestra que los controles clínicos y protocolos asistenciales son **efectivos**, aunque sujeto a vigilancia permanente por su impacto directo en la seguridad del paciente.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 17 de 37	



4.3.1.10.Gestión apoyo clínico.

Se identifica un **único riesgo** asociado al **incumplimiento legal por la respuesta inoportuna a las PQRS**, lo que concentra completamente la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **moderado**, con **impacto insignificante (1)** y **probabilidad probable (4)**, evidenciando una afectación principalmente normativa y reputacional más que operativa o asistencial. En el escenario **residual**, el riesgo se reduce a **nivel bajo**, al disminuir la probabilidad a **improbable (2)**, lo que confirma que los controles implementados son **efectivos**, dejando un **perfil controlado y aceptable**, aunque con necesidad de seguimiento continuo por su influencia directa en la percepción ciudadana y el cumplimiento legal.



4.3.2. Subsistema de riesgos en salud.

4.3.2.1. Unidades funcionales de tratamiento.

El proceso de **Unidades Funcionales de Tratamiento** presenta un **riesgo inherente alto**, con un **impacto promedio de 2,9** y una **probabilidad posible de 3,3**, lo que refleja una exposición relevante asociada a su naturaleza misional. Tras la implementación de controles, el **riesgo residual se ubica en nivel moderado**, con un impacto de **2,7** y una reducción de la probabilidad a **1,9**, equivalente a una **disminución aproximada del 42 %**.

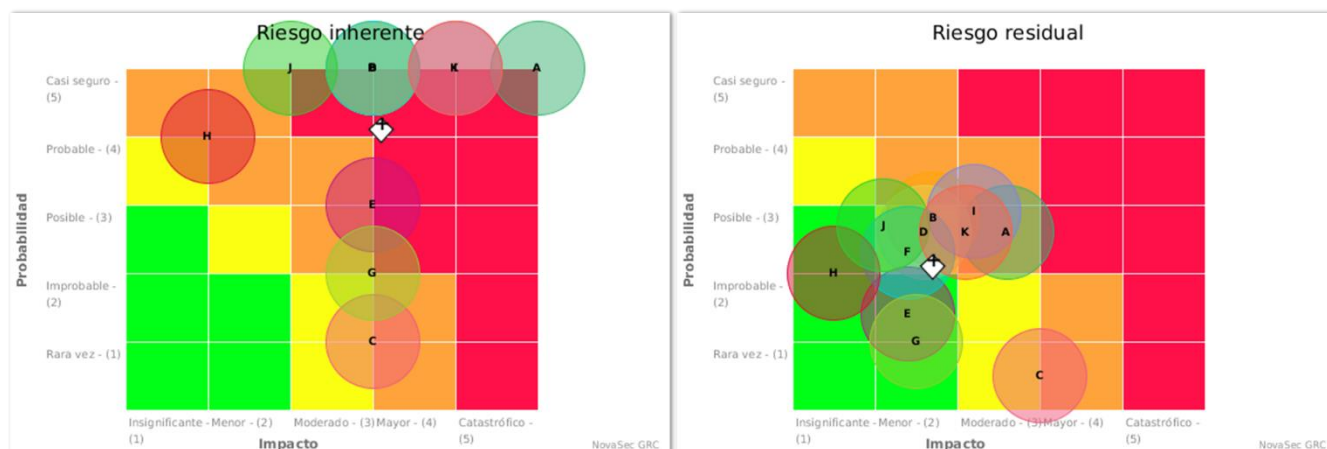
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSi-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 18 de 37	

En conjunto, el perfil evidencia una **mejora significativa en la gestión del riesgo**, manteniéndose dentro de rangos controlables, aunque exige **seguimiento permanente** por su incidencia directa en la seguridad del paciente y la continuidad del servicio.



4.3.2.2. Gestión apoyo clínico.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión de Apoyo Clínico** consolida **11 riesgos**, con un **perfil inherente alto**, caracterizado por un **impacto promedio de 3,1** y una **probabilidad probable de 4,1**, evidenciando una exposición significativa asociada principalmente a eventos de **seguridad del paciente**, como errores de medicación, infecciones asociadas a la atención en salud y caídas. Tras la implementación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel bajo**, con una disminución del impacto a **1,7** y de la probabilidad a **2,1**, lo que representa una **reducción sustancial de la criticidad**, especialmente en riesgos inicialmente extremos. En términos ejecutivos, el perfil residual demuestra una **gestión efectiva del riesgo clínico**, manteniendo la exposición dentro de rangos aceptables, aunque requiere **vigilancia permanente** por su incidencia directa en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSi-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 19 de 37	

4.3.2.3. Diagnóstico y estadificación.

El perfil de riesgo del proceso de **Diagnóstico y Estadificación** consolida **4 riesgos**, con un **perfil inherente alto**, caracterizado por un **impacto promedio menor (2,0)** y una **probabilidad probable (4,0)**, destacándose un riesgo **extremo (25 %)** asociado a la identificación incorrecta de pacientes y manejo de muestras. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel moderado**, con una disminución del impacto a **1,3** y de la probabilidad a **2,1**, ubicando el **50 % de los riesgos en nivel bajo** y el **50 % en nivel moderado**. El perfil residual refleja una **reducción efectiva de la criticidad**, manteniendo el riesgo en niveles gestionables, aunque requiere **seguimiento continuo** por su impacto directo en la calidad diagnóstica, la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas.

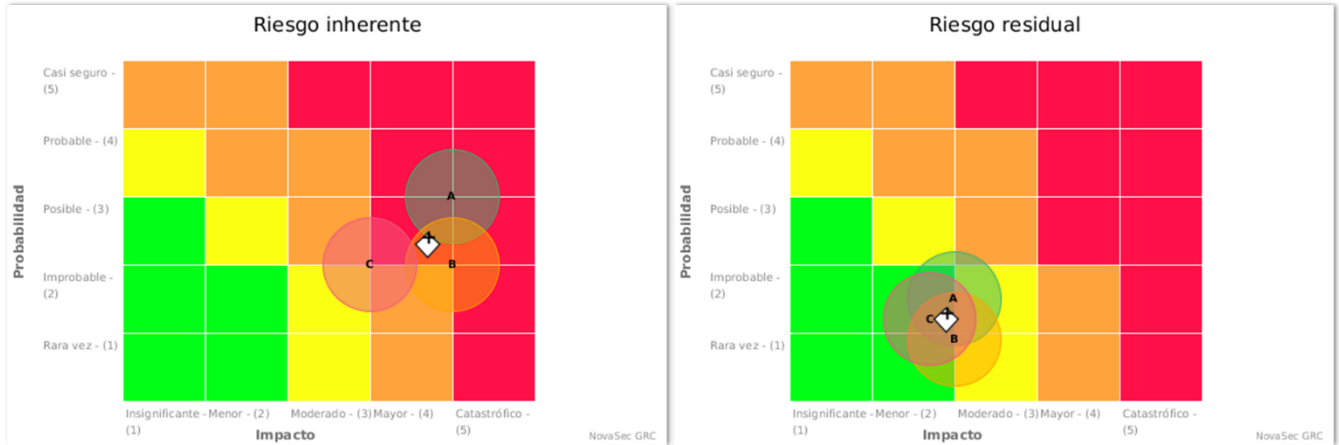


4.3.3. Subsistema SICOFS (Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno).

4.3.3.1. Gestión del gasto.

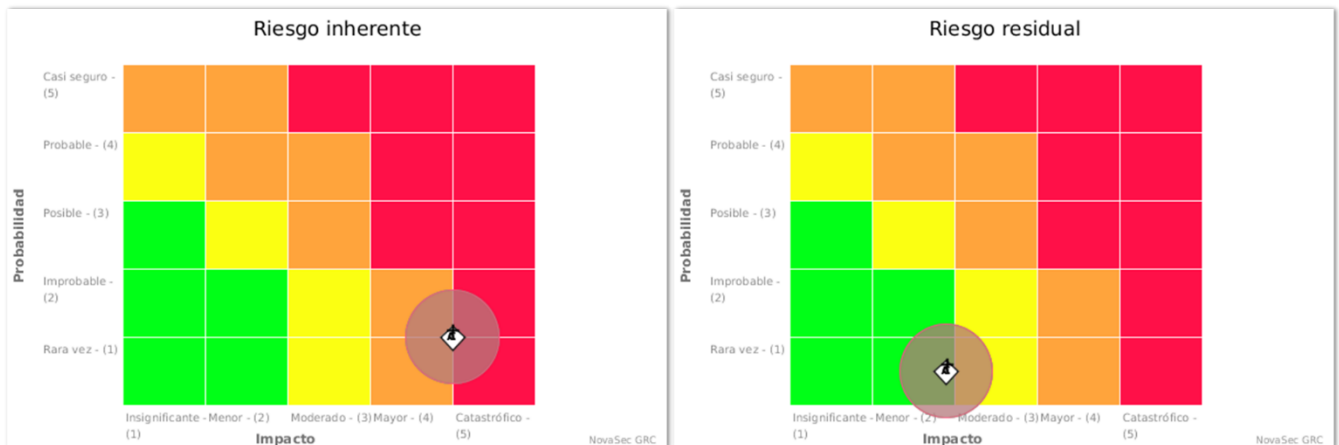
El perfil de riesgos del proceso de **Gestión del Gasto** consolida **3 riesgos**, con un **perfil inherente alto**, caracterizado por un **impacto mayor promedio de 3,7** y una **probabilidad improbable de 2,3**, destacándose un riesgo **extremo (33,3 %)** asociado a posibles direccionamientos en la estimación de necesidades y toma de decisiones. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce completamente a nivel bajo**, con una disminución del impacto a **1,9** y de la probabilidad a **1,2**, ubicando el **100 % de los riesgos en zona aceptable**. El perfil resultante evidencia una **mitigación efectiva del riesgo financiero y de integridad**, reflejando un proceso controlado y alineado con principios de transparencia, uso adecuado de los recursos y sostenibilidad institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 20 de 37	



4.3.3.2. Investigaciones.

El perfil de riesgos asociado al proceso de **Investigación** consolida **3 riesgos**, con un **perfil inherente alto**, caracterizado por un **impacto mayor (4)** y una **probabilidad rara vez (1)**, lo que refleja una exposición relevante principalmente en términos **éticos y de integridad institucional**. Los riesgos identificados de aceptación de incentivos, no declaración de conflictos de interés y posible manipulación de resultados; representan cada uno el **33,3 %**, evidenciando focos claros de control. Tras la aplicación de medidas, el **riesgo residual se reduce en su totalidad a nivel bajo**, con un impacto de **1,9** y una probabilidad de **0,5**, lo que confirma una **mitigación efectiva**, manteniendo el proceso dentro de rangos aceptables y alineado con principios de transparencia, rigor científico y buen gobierno.



4.3.3.3. Gestión y desarrollo del talento humano.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión y Desarrollo del Talento Humano** consolida **2 riesgos**, focalizados en aspectos críticos de **integridad administrativa y vinculación del personal**. En el escenario **inherente**, el perfil se clasifica como **alto**, con un **impacto promedio mayor (4)** y una **probabilidad improbable de 2,5**, destacándose un riesgo **extremo** asociado a la posible presentación de documentos adulterados para acceder a cargos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 21 de 37	

institucionales. Tras la implementación de controles, el **riesgo residual se ubica en nivel bajo**, con reducción del impacto a **2** y de la probabilidad a **1,2**, lo que evidencia una **mitigación efectiva**, manteniendo el proceso dentro de niveles aceptables y alineado con principios de legalidad, transparencia y control del talento humano.



4.3.3.4. Docencia.

El perfil de riesgos del proceso de **Docencia** identifica **un único riesgo**, asociado a la **posibilidad de fraude en el examen de conocimientos para el ingreso a programas de especialidad médico-quirúrgica**, lo que concentra la exposición del proceso en un evento crítico de **integridad académica**. En el escenario **inherente**, el riesgo se ubica en **nivel alto**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad improbable (2)**, reflejando una afectación potencial relevante, aunque de ocurrencia poco frecuente. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel bajo**, con **impacto menor (2)** y **probabilidad rara vez (1)**, evidenciando una **mitigación efectiva** y un perfil de riesgo **controlado y aceptable**, consistente con los estándares de transparencia y calidad académica institucional.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 22 de 37	

4.3.3.5. Gestión de tecnología clínica e infraestructura.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura** identifica **un único riesgo**, relacionado con posibles **decisiones orientadas a favorecer intereses particulares en la contratación**, lo que concentra completamente la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **alto**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad improbable (2)**, reflejando una afectación potencial relevante en términos de integridad y uso de recursos. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene en nivel alto**, conservando el impacto **(4)** pero reduciendo la probabilidad a **rara vez (1)**, lo que evidencia una **mitigación parcial**, requiriendo **refuerzo de controles y seguimiento continuo** para reducir la exposición a niveles aceptables.



4.3.3.6. Salud pública.

El perfil de riesgos del proceso de **Salud Pública** identifica **un único riesgo**, asociado a la posibilidad de que se tomen **decisiones influenciadas por intereses propios o de terceros** en el control integral del cáncer, concentrando la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica en **nivel alto**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad improbable (2)**, lo que evidencia una afectación potencial relevante en términos de gobernanza y toma de decisiones estratégicas. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel bajo**, con un impacto de **1,8** y una probabilidad de **0,9**, reflejando una **mitigación efectiva** y un perfil controlado y alineado con principios de transparencia y ética.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 23 de 37	



4.3.3.7. Gestión apoyo clínico.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión de Apoyo Clínico** identifica **un único riesgo**, asociado a **decisiones influenciadas por intereses propios o de terceros ante la pérdida de medicamentos de alto costo**, concentrando la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **extremo**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad casi segura (5)**, lo que evidencia una afectación crítica en términos financieros, asistenciales y de integridad. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel bajo**, con un impacto de **2,2** y una probabilidad **improbable (2,5)**, reflejando una **mitigación significativa y efectiva**, aunque con necesidad de **seguimiento permanente** dada la sensibilidad del proceso y el valor estratégico de los recursos gestionados.

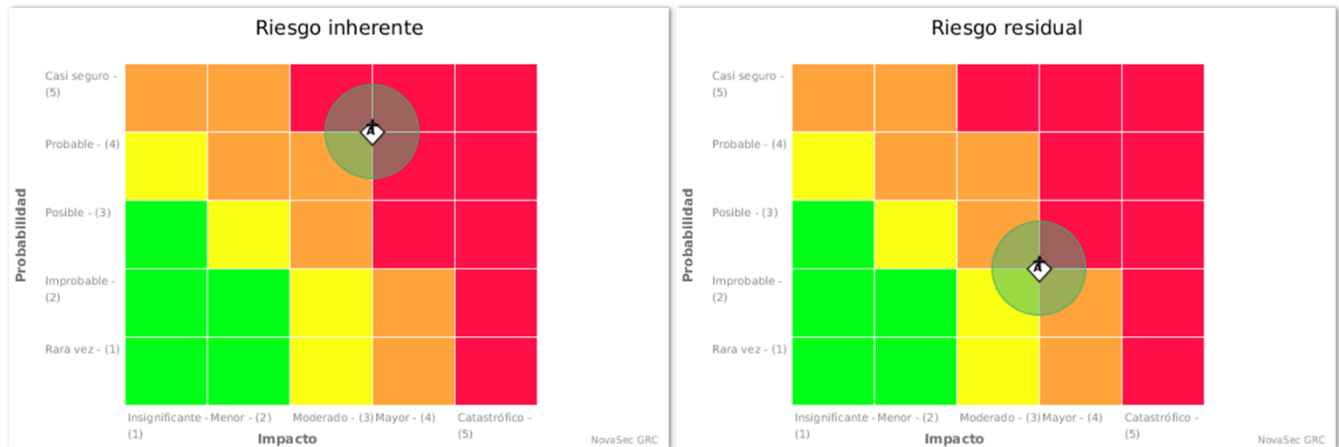


4.3.3.8. Diagnóstico y estadificación.

El perfil de riesgos del proceso de **Diagnóstico y Estadificación** identifica **un riesgo**, asociado al **desvío de recursos físicos o económicos por malversación de insumos, equipos y dispositivos médicos**, concentrando completamente la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **alto**, con **impacto moderado (3)** y **probabilidad probable (4)**, evidenciando una exposición relevante en términos de **integridad y**

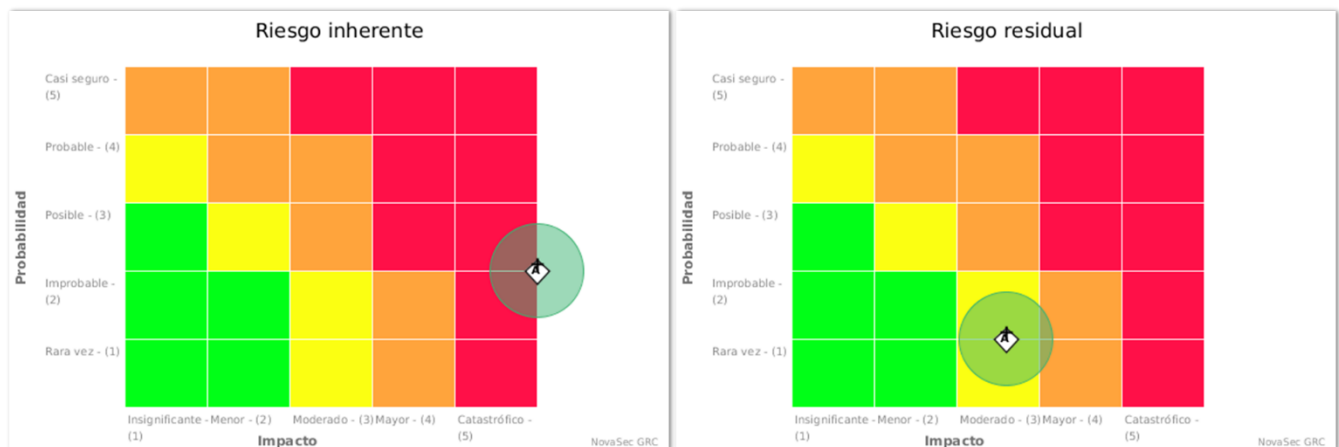
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 24 de 37			

control de recursos institucionales. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se ubica en nivel moderado**, manteniendo el impacto (3) pero reduciendo la probabilidad a **improbable (2)**, lo que refleja una **mitigación efectiva**, aunque con necesidad de **seguimiento continuo** para prevenir materializaciones y asegurar el uso adecuado de los recursos.



4.3.3.9. Gestión comercial.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión Comercial** identifica un **único riesgo**, asociado a la **falta de supervisión contractual a Entidades Responsables de Pago**, concentrando la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **extremo**, con **impacto catastrófico (5)** y **probabilidad improbable (2)**, lo que refleja una afectación potencial crítica en términos financieros y de sostenibilidad. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel moderado**, con impacto de 2,6 y probabilidad **rara vez (1)**, evidenciando una **mitigación significativa**, aunque requiere seguimiento continuo por su impacto estratégico en la gestión de ingresos y la estabilidad financiera del Instituto.

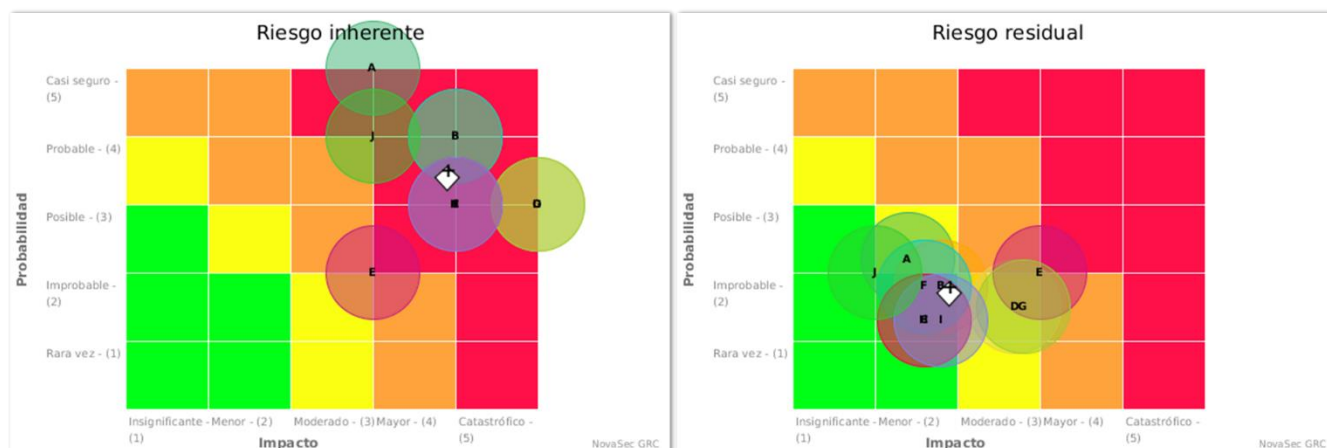


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 25 de 37	

4.3.4. Subsistema de riesgos de seguridad de la información.

4.3.4.1. Seguridad de la información.

El perfil de riesgos del proceso de **Seguridad de la Información** consolida **10 riesgos**, con un **perfil inherente extremo**, caracterizado por un **impacto promedio mayor de 3,9** y una **probabilidad posible de 3,4**, reflejando una exposición crítica asociada principalmente a **ciberataques, phishing, malware, fugas de información y debilidades en la gestión de vulnerabilidades**. Tras la implementación de controles, el **riesgo residual se reduce de forma significativa**, ubicándose mayoritariamente en **nivel bajo**, con un **impacto promedio de 1,9** y una **probabilidad improbable de 1,7**, quedando únicamente **2 riesgos (20 %)** en nivel moderado. El perfil resultante evidencia una **mitigación efectiva del riesgo tecnológico**, manteniendo la exposición dentro de rangos controlables, aunque con necesidad de **seguimiento permanente y fortalecimiento continuo de capacidades de ciberseguridad**, dada la naturaleza cambiante y creciente de las amenazas digitales.



4.3.4.2. Continuidad.

El perfil de riesgos del proceso de **Continuidad** identifica un **único riesgo**, asociado a la **posible afectación de servicios y aplicaciones críticas por ataques a la cadena de suministro**, concentrando la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica como **extremo**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad probable (4)**, lo que evidencia una amenaza crítica para la operación institucional ante eventos externos. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel alto**, manteniendo el impacto (4) pero disminuyendo la probabilidad a **improbable (2)**, reflejando una **mitigación parcial**. El perfil resultante requiere **fortalecimiento de controles de continuidad y resiliencia operativa**, así como seguimiento permanente, para reducir la exposición a niveles aceptables y asegurar la disponibilidad sostenida de los servicios esenciales para la operación del Instituto.

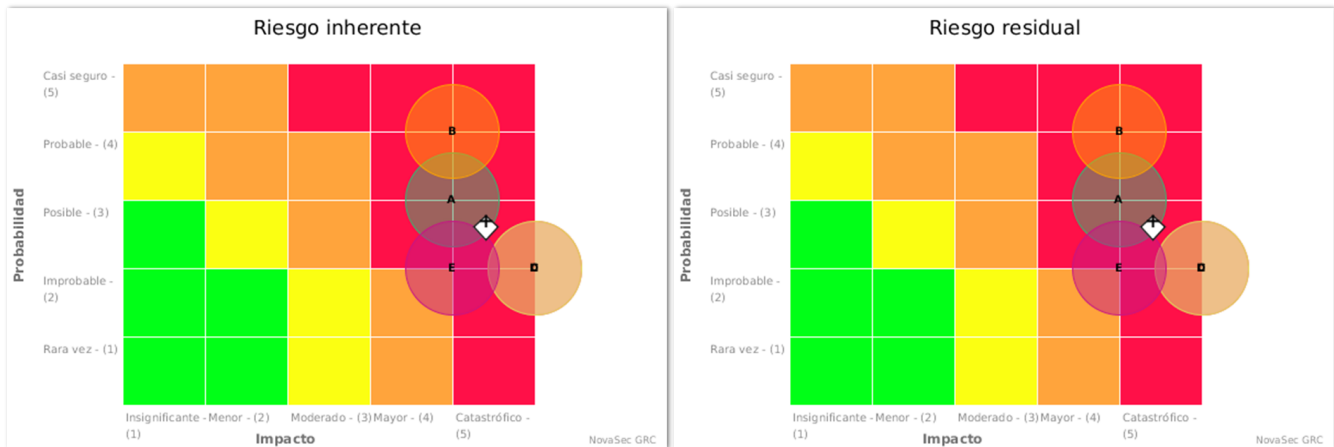
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 26 de 37	



4.3.5. Subsistema de riesgos de continuidad.

4.3.5.1. Continuidad.

El perfil de riesgos del proceso de **Continuidad** consolida **5 riesgos**, todos asociados a la prestación ininterrumpida de servicios oncológicos críticos. El **perfil inherente se ubica en nivel extremo**, con un **impacto promedio mayor-catastrófico (4,4)** y una **probabilidad posible (2,6)**, destacándose riesgos relacionados con la **interrupción de servicios básicos** (agua y energía), **fallas en la cadena de suministro**, **indisponibilidad de infraestructura**, **equipos de radiación ionizante** y **talento humano clave**. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene predominantemente en nivel extremo**, sin variación significativa en el impacto ni en la probabilidad promedio, lo que evidencia una **capacidad limitada de mitigación** frente a eventos de alta severidad y dependencia externa. En términos generales, el perfil refleja una **criticidad estratégica elevada**, que exige **acciones estructurales de resiliencia**, **planes de contingencia robustos** y **fortalecimiento de la gestión de continuidad**, dado su impacto directo en la seguridad del paciente y la sostenibilidad operativa del Instituto.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 27 de 37	

4.3.5.2. Diagnóstico y estadificación.

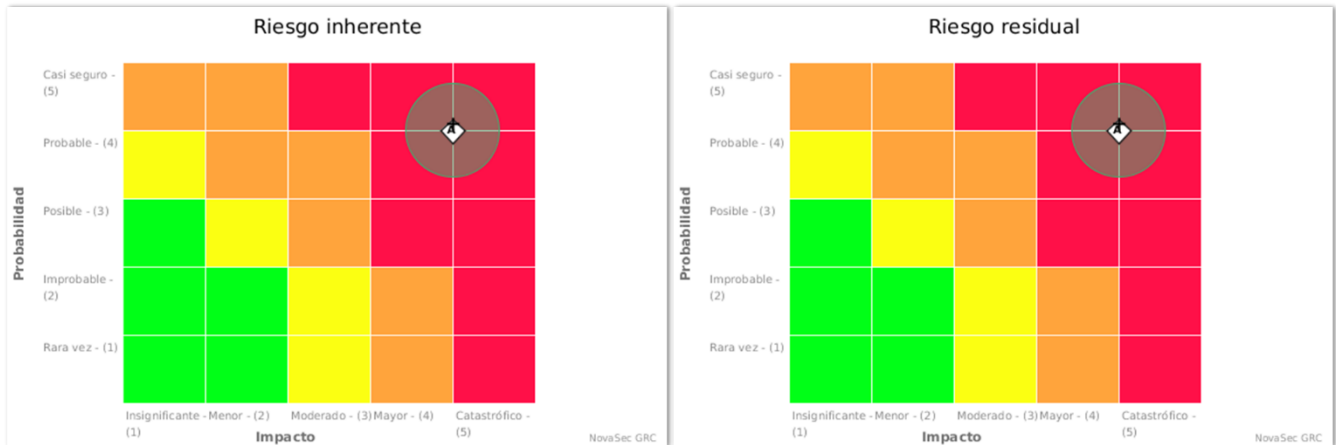
El perfil de riesgos del proceso de **Diagnóstico y Estadificación** consolida **2 riesgos**, reflejan una exposición focalizada en componentes tecnológicos críticos del proceso. En el escenario **inherente**, el perfil global se ubica en **nivel moderado**, con un **impacto promedio de 3** y una **probabilidad improbable (2)**; no obstante, uno de los riesgos alcanza **nivel alto** por su **impacto mayor (4)**, asociado a **posibles fallas en servicios IoT y seguridad industrial** que soportan procedimientos críticos. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene sin incremento de severidad**, ubicando un **riesgo en nivel bajo** y uno en **nivel alto**, ambos con **probabilidad improbable**, lo que indica un **perfil estable y controlado**, aunque con necesidad de **monitoreo permanente** sobre la **confiabilidad tecnológica** y la **continuidad operativa del proceso**.



4.3.5.3. Seguridad de la información.

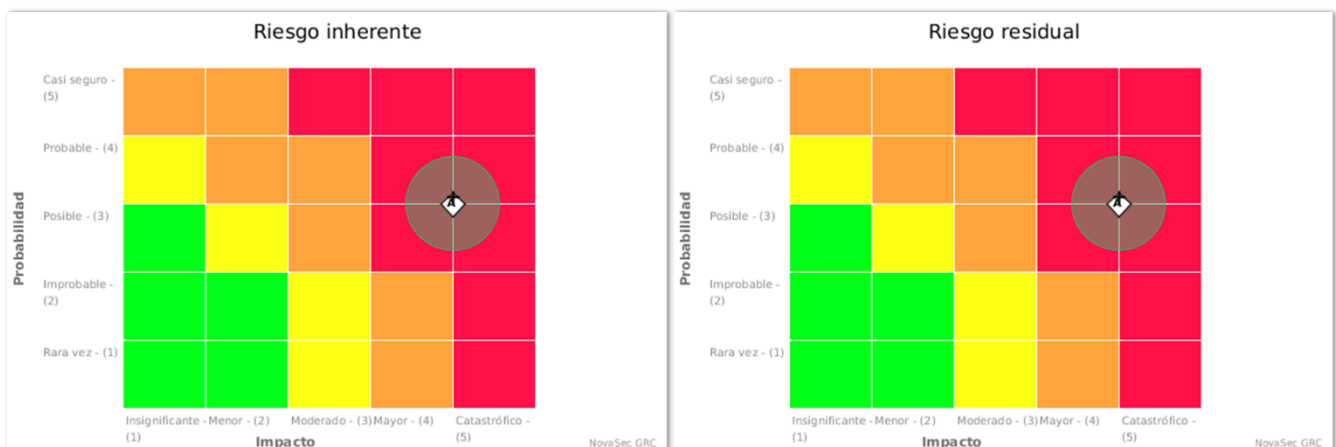
El perfil de riesgos del proceso de **Seguridad de la Información** identifica **un único riesgo**, asociado a la **pérdida de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información por ataques de alta complejidad (malware, ransomware y virus)**, concentrando completamente la exposición del proceso. Tanto en el escenario **inherente como en el residual**, el riesgo se mantiene en **nivel extremo**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad probable (4)**, lo que evidencia una **exposición crítica persistente** frente a amenazas cibernéticas. En conjunto, el perfil refleja un **riesgo estratégico no mitigado**, que requiere **acciones estructurales inmediatas**, fortalecimiento continuo de capacidades de ciberseguridad y priorización a nivel institucional para reducir la exposición a niveles aceptables.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSi-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 28 de 37	



4.3.5.4. Gestión de tecnologías de información.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión de Tecnologías de la Información** identifica **un único riesgo**, asociado a la **posible interrupción prolongada de los servicios tecnológicos que soportan los procesos críticos del Instituto**, concentrando completamente la exposición del proceso. Tanto en el escenario **inherente como en el residual**, el riesgo se mantiene en **nivel extremo**, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad posible (3)**, lo que evidencia una **críticidad persistente** dada la dependencia directa de la operación institucional respecto de la disponibilidad tecnológica. La ausencia de variación entre ambos escenarios indica que los controles actuales **no logran reducir la severidad ni la probabilidad del evento**, por lo que el perfil resultante demanda **priorización estratégica**, fortalecimiento de capacidades de continuidad tecnológica y medidas estructurales que disminuyan el riesgo a niveles aceptables y sostenibles.

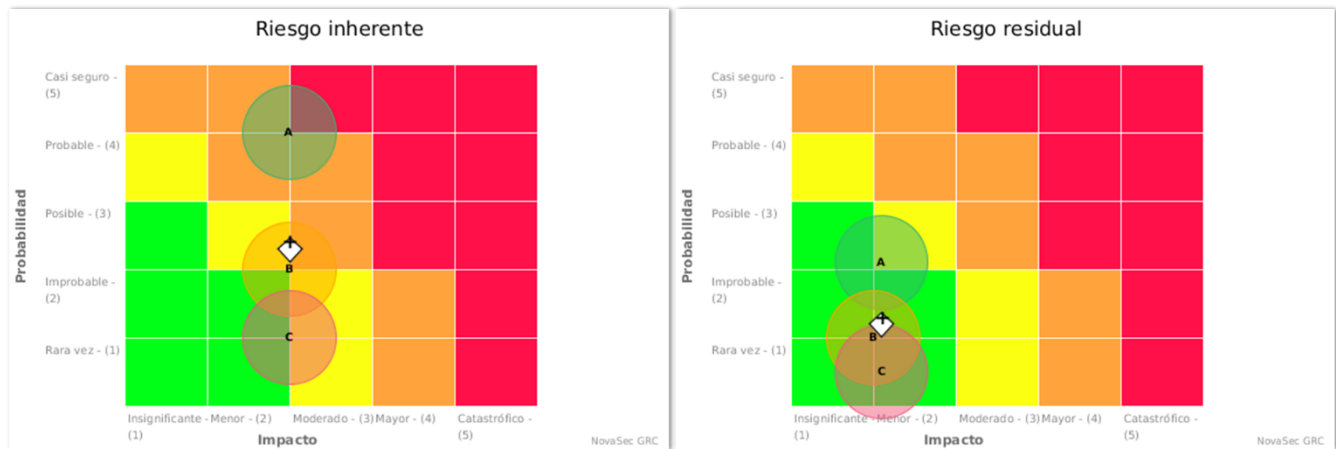


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 29 de 37	

4.3.6. Subsistema de riesgos SARLAFT / PADM.

4.3.6.1. Gestión del gasto.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión del Gasto** consolida **3 riesgos**, asociados al **incumplimiento legal en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo**. En el escenario **inherente**, el perfil global se ubica en **nivel bajo**, con un **impacto menor (2)** y una **probabilidad promedio entre improbable y probable (2,3)**, destacándose un riesgo inicialmente **alto** por **contratación o recepción de donaciones** relacionadas con actividades ilícitas. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene en nivel bajo para todos los riesgos**, con **impacto insignificante (1,1)** y **probabilidad rara vez (1,2)**, evidenciando una **mitigación efectiva** y un proceso alineado con los mecanismos de **debida diligencia, control financiero y cumplimiento normativo**.



4.3.6.2. Docencia.

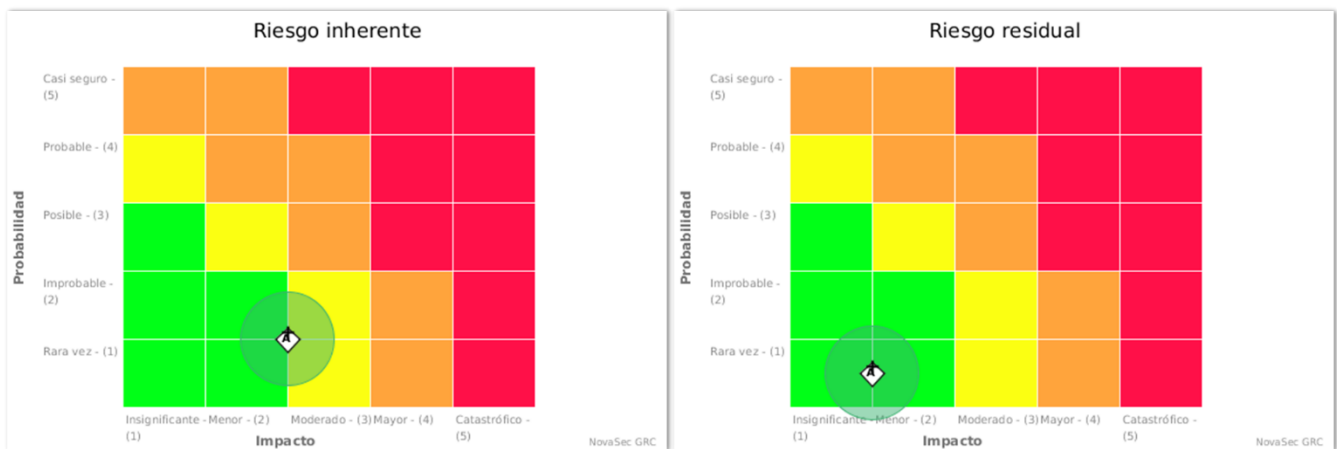
El perfil de riesgos del proceso de **Docencia** identifica un **único riesgo**, asociado al **incumplimiento legal por la suscripción de convenios docencia-servicio con instituciones vinculadas a actos de lavado de activos o financiación del terrorismo**, concentrando completamente la exposición del proceso. En el escenario **inherente**, el riesgo se ubica en **nivel bajo**, con **impacto menor (2)** y **probabilidad rara vez (1)**, lo que refleja una afectación potencial limitada y de baja ocurrencia. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene en nivel bajo**, con **impacto insignificante (1)** y **probabilidad rara vez (0,5)**, evidenciando una **gestión adecuada y preventiva**, alineada con las prácticas de **debida diligencia y cumplimiento normativo**.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 30 de 37	



4.3.6.3. Investigaciones.

El perfil de riesgos del proceso de **Investigaciones** identifica un **único riesgo**, asociado al **incumplimiento legal por la contratación o establecimiento de convenios con personas naturales o jurídicas vinculadas a actos de lavado de activos o financiación del terrorismo**. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica en **nivel bajo**, con **impacto menor (2)** y **probabilidad rara vez (1)**, lo que refleja una ocurrencia poco frecuente y una afectación limitada. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene en nivel bajo**, reduciendo el impacto a **insignificante (1)** y la probabilidad a **0,5**, evidenciando una **gestión preventiva adecuada**, alineada con los mecanismos de **debida diligencia y cumplimiento normativo**.



4.3.6.4. Gestión y desarrollo del talento humano.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión y Desarrollo del Talento Humano** identifica un **único riesgo**, asociado al **incumplimiento legal por la contratación de personas naturales incluidas en listas restrictivas**. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica en **nivel bajo**, con **impacto menor (2)** y **probabilidad rara vez (1)**, lo que indica una ocurrencia poco frecuente y una afectación limitada. Tras la aplicación de controles, el **riesgo**

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 31 de 37	

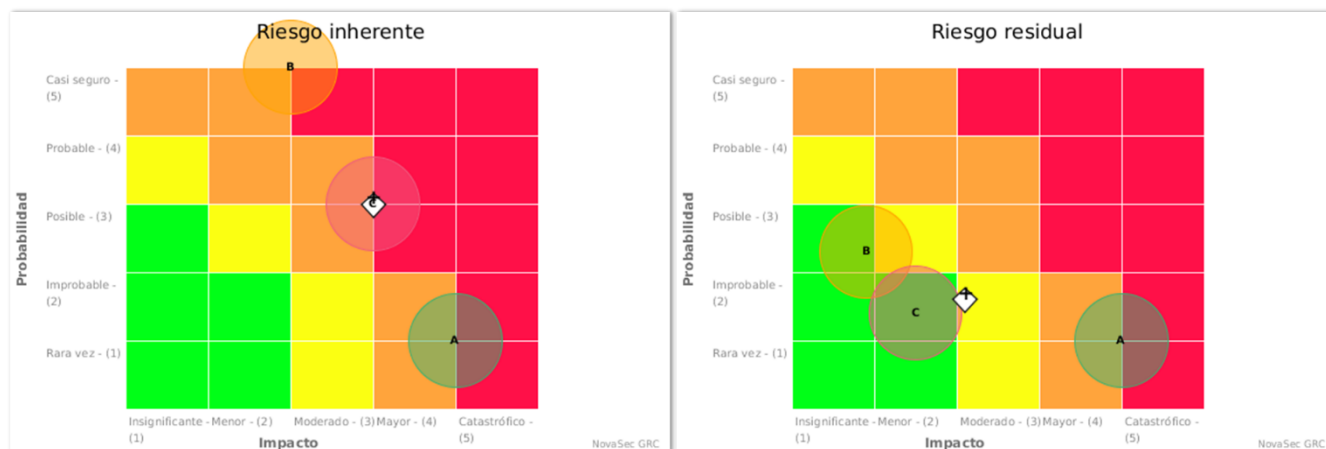
residual se mantiene en nivel bajo, con impacto insignificante (1) y probabilidad rara vez (0,5), evidenciando una **gestión preventiva efectiva**, alineada con los mecanismos de **debida diligencia y cumplimiento normativo**.



4.3.7. Subsistema de riesgos de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención.

4.3.7.1. Investigaciones.

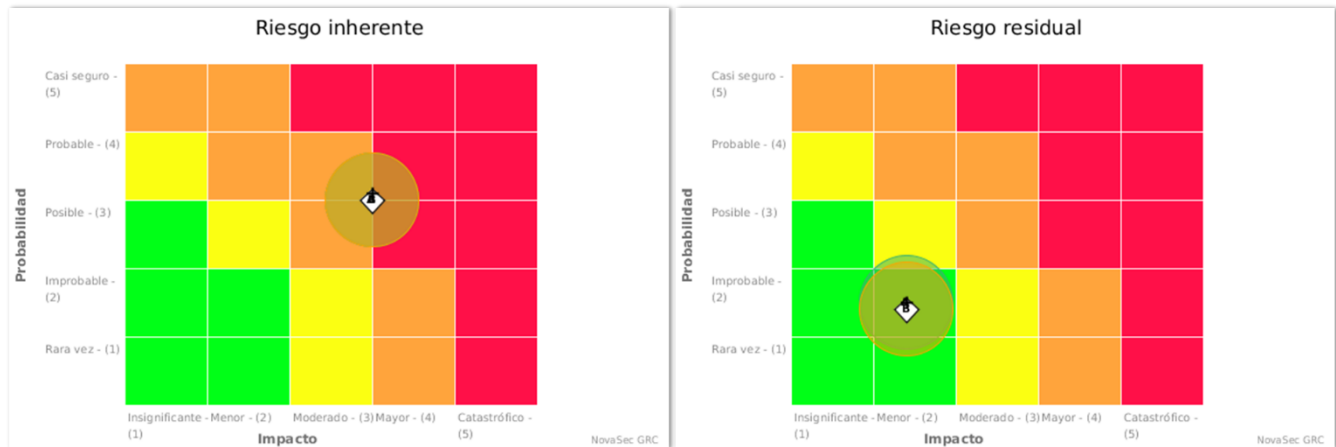
El perfil de riesgos del proceso de **Investigaciones** consolida **3 riesgos**. En el escenario **inherente**, el perfil global se ubica en **nivel alto**, con un **impacto promedio moderado (3)** y una **probabilidad posible (3)**, destacándose riesgos asociados a la **manipulación de criterios de elegibilidad en ensayos clínicos, demoras en la ejecución de cronogramas y potencial pérdida de certificaciones como centro de investigación**. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce en conjunto a nivel bajo**, con un **impacto promedio de 2,1** y una **probabilidad improbable de 1,6**, reflejando una **mitigación efectiva** que permite mantener el proceso dentro de rangos aceptables. El perfil resultante confirma una **capacidad adecuada de control y gobierno de la investigación**, aunque exige seguimiento continuo para preservar la calidad científica, el cumplimiento regulatorio y el reconocimiento institucional.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 32 de 37	

4.3.7.2. Salud pública.

El perfil de riesgos del proceso de **Salud Pública** consolida **2 riesgos**, relacionados con la **no oferta de acciones estratégicas de salud pública** y la **falta de transferencia de conocimientos y capacidades para el control integral del cáncer en los territorios**. En el escenario **inherente**, ambos riesgos se clasifican en **nivel alto**, con **impacto moderado (3)** y **probabilidad posible (3)**, lo que evidencia una afectación relevante sobre el cumplimiento del rol rector y articulador del Instituto en el Sistema de Salud. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce completamente a nivel bajo**, con un **impacto promedio de 1,4** y **probabilidad rara vez (1,4)**, reflejando una **mitigación efectiva**. El perfil resultante muestra un proceso **controlado y alineado con los objetivos institucionales**, que soporta la sostenibilidad de las acciones de salud pública, aunque requiere seguimiento para asegurar la permanencia de los resultados en el tiempo.

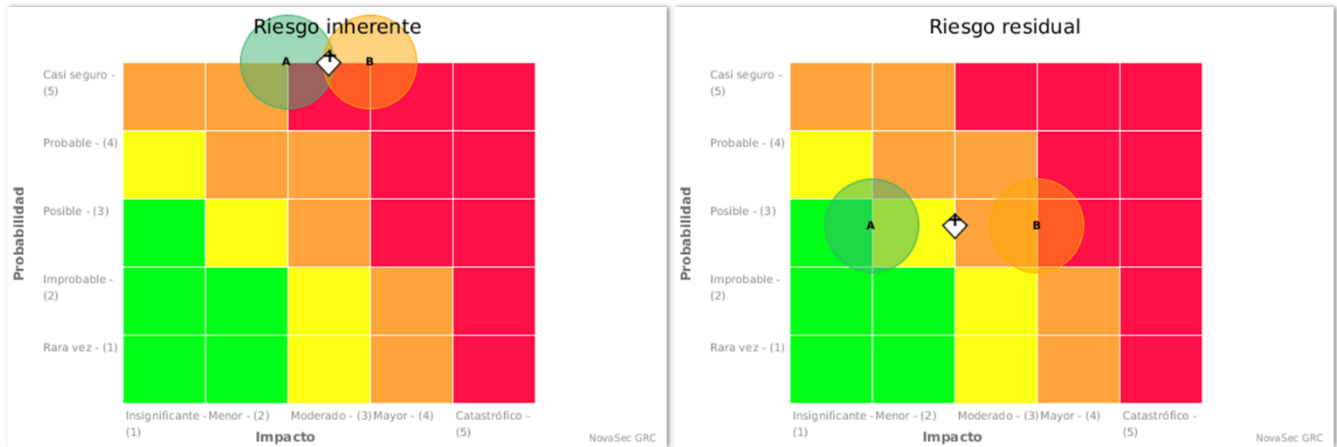


4.3.8. Subsistema de riesgo de crédito.

4.3.8.1. Gestión del gasto.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión del Gasto** consolida **2 riesgos**, asociados al **detrimento financiero por aceptación de glosas** y al **incremento de cartera no recuperable**. En el escenario **inherente**, el perfil se ubica en **nivel alto**, con un **impacto promedio entre menor y moderado (2,5)** y una **probabilidad casi segura (5)**, destacándose un riesgo **extremo** por el aumento de cartera no recuperable. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce**, ubicando un **riesgo en nivel bajo** y otro en **nivel alto**, con **probabilidad posible (2,6)**, lo que evidencia una **mitigación parcial pero relevante**. El perfil resultante refleja una **mejora en la gestión del riesgo financiero**, aunque requiere **acciones adicionales de fortalecimiento en calidad de la información clínica y gestión de cartera** para reducir la exposición a niveles plenamente aceptables.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 33 de 37	



4.3.9. Subsistema de riesgo de liquidez.

4.3.9.1. Gestión del gasto.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión del Gasto** identifica **un único riesgo**, relacionado con la **posibilidad de inexactitudes o diferencias en el arqueo de caja**, concentrando la exposición del proceso en un evento de control operativo. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica en **nivel bajo**, con un **impacto menor (2)** y una **probabilidad rara vez (1)**, lo que refleja una afectación limitada y de baja ocurrencia. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se mantiene en nivel bajo**, con una reducción del impacto a **insignificante (0,9)** y una probabilidad constante, evidenciando una **gestión adecuada y preventiva**, que mantiene el proceso dentro de rangos aceptables.

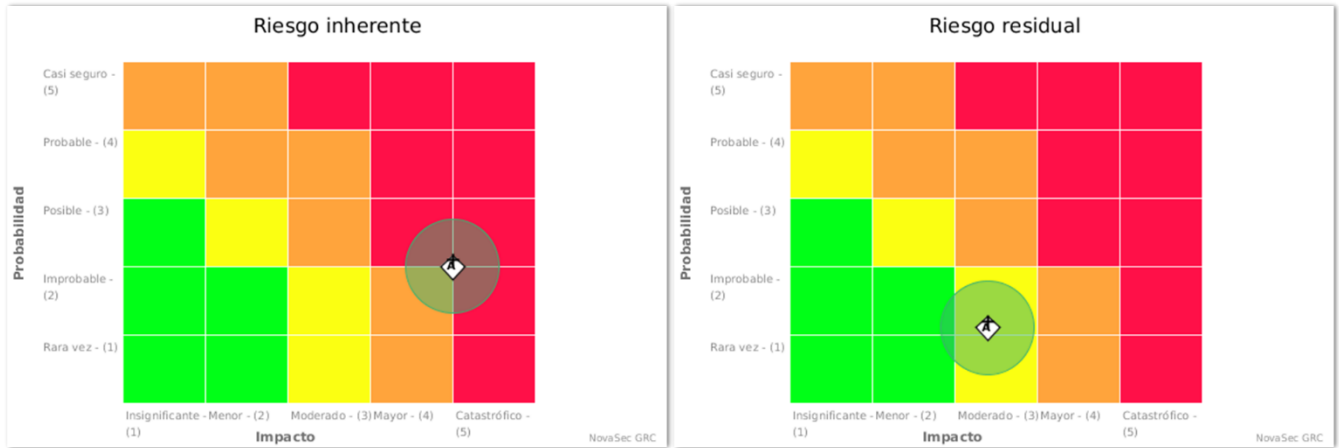


4.3.9.2. Gestión comercial.

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión Comercial** identifica **un único riesgo**, asociado a la **insuficiencia de capacidad instalada para responder a la demanda de servicios**, lo que limita la implementación efectiva de las estrategias del plan de mercadeo y del plan de ventas. En el escenario **inherente**, el riesgo se clasifica en **nivel**

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 34 de 37	

alto, con **impacto mayor (4)** y **probabilidad improbable (2)**, reflejando una afectación potencial relevante sobre el crecimiento y posicionamiento institucional. Tras la aplicación de controles, el **riesgo residual se reduce a nivel bajo**, con un **impacto promedio de 2,4** y **probabilidad rara vez (1,1)**, evidenciando una **mitigación efectiva** y un perfil **controlado**.



4.3.10. Subsistema de riesgos ambientales

4.3.10.1. Gestión de tecnología clínica e infraestructura

El perfil de riesgos del proceso de **Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura** identifica un **único riesgo**, asociado a la **posibilidad de generar impactos negativos en el medio ambiente derivados de las actividades institucionales**. Tanto en el escenario **inherente** como en el **residual**, el riesgo se mantiene en **nivel moderado**, con **impacto moderado (3)** y **probabilidad rara vez (1)**, lo que refleja una **baja frecuencia de ocurrencia**, pero con un efecto potencial que requiere control. La ausencia de variaciones entre ambos escenarios indica que los controles actuales **mantienen la exposición estable**, aunque resulta necesario fortalecer acciones preventivas y de gestión ambiental para avanzar hacia niveles más aceptables y sostenibles, en coherencia con los compromisos institucionales en materia ambiental y regulatoria.



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 35 de 37			

CONCLUSIONES

Con base en el análisis integral del **Sistema de Gestión de Riesgos del Instituto Nacional de Cancerología (SIGERINC)**, correspondiente a la **vigencia 2025**, se presentan a continuación las siguientes conclusiones:

1. Subsistema de Riesgos de Gestión u Operacional: Evidencia un **alto nivel de efectividad en la mitigación del riesgo**, reflejado en la reducción sustancial de la criticidad entre los escenarios inherente y residual en la mayoría de los procesos. Procesos como **Gestión del Gasto, Tecnologías de Información, Archivo Documental, Gestión Contable y Docencia** presentan perfiles residuales predominantemente bajos, lo cual confirma la adecuada implementación de controles administrativos, financieros y operativos. No obstante, subsisten riesgos residuales moderados en procesos estratégicos como **Gestión del Sistema de Desempeño Institucional y Tecnología Clínica e Infraestructura**, que requieren seguimiento continuo para evitar reescalamientos que afecten el cumplimiento de objetivos institucionales.

2. Subsistema de Riesgos en Salud: Presenta una **exposición inherente elevada**, coherente con la naturaleza crítica de los procesos asistenciales y su impacto directo en la seguridad del paciente. Sin embargo, la aplicación de controles clínicos, protocolos asistenciales y mecanismos de seguimiento ha permitido que los **riesgos residuales se ubiquen mayoritariamente en niveles moderados y bajos**, especialmente en **Unidades Funcionales de Tratamiento, Apoyo Clínico y Diagnóstico y Estadificación**. El perfil resultante evidencia una **mejora significativa en la gestión del riesgo clínico**, aunque demanda vigilancia permanente para asegurar la continuidad del servicio y la calidad de la atención.

3. Subsistema SICOFS (Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno): Muestra una **gestión robusta de los riesgos de integridad**, con una reducción efectiva del riesgo residual a niveles bajos en la mayoría de los procesos evaluados. Los controles implementados en **Gestión del Gasto, Investigaciones, Talento Humano, Docencia, Salud Pública y Gestión Comercial** han demostrado ser adecuados para mitigar riesgos asociados a direccionamiento indebido, conflictos de interés y posibles actos de corrupción. En conjunto, el subsistema refleja una **sólida cultura de transparencia y buen gobierno**, alineada con los principios de control interno y ética pública.

4. Subsistema de Riesgos de Seguridad de la Información: Se caracteriza por una **alta complejidad inherente**, asociada a amenazas cibernéticas avanzadas, tales como ataques de malware, ransomware, phishing y vulnerabilidades tecnológicas. Aunque la mayoría de los riesgos se lograron mitigar a niveles bajos o moderados, persisten **riesgos extremos no mitigados**, particularmente relacionados con la pérdida de disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información. Este escenario evidencia la necesidad de **acciones estructurales, inversión sostenida y fortalecimiento continuo de las capacidades de ciberseguridad**, dada la criticidad estratégica de la información institucional.

5. Subsistema de Riesgos de Continuidad: Presenta **desafíos estructurales relevantes**, con riesgos que permanecen en niveles altos y extremos incluso en el escenario residual. La exposición está asociada

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSI-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
		Página 36 de 37	

principalmente a la dependencia de **servicios públicos esenciales, cadenas de suministro, infraestructura crítica, tecnología médica especializada y talento humano clave**. El perfil evidencia una **capacidad limitada de mitigación frente a eventos de alta severidad y origen externo**, lo que exige el fortalecimiento de planes de continuidad, resiliencia institucional y estrategias de contingencia de largo plazo.

6. Subsistema de Riesgos SARLAFT / PADM: Evidencia una **exposición baja y controlada** en los procesos evaluados, particularmente en **Gestión del Gasto, Docencia, Investigaciones y Talento Humano**. Los controles de debida diligencia, validación en listas restrictivas y seguimiento normativo han demostrado ser efectivos, llevando los riesgos residuales a niveles aceptables. Este resultado confirma la **adecuada alineación del Instituto con las exigencias regulatorias en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo**.

7. Subsistema de Riesgo de Crédito: Muestra una **mejora parcial en la gestión del riesgo**, especialmente frente al detrimento financiero por glosas y cartera no recuperable. Si bien se evidencia una reducción de la criticidad en el escenario residual, permanecen riesgos en niveles altos que requieren **acciones adicionales de fortalecimiento**, particularmente en la calidad de la información clínica, los soportes de facturación y la gestión integral de cartera, para garantizar la sostenibilidad financiera del Instituto.

8. Subsistema de Riesgo de Liquidez: Presenta una **exposición baja y estable**, con riesgos asociados a inexactitudes en el arqueo de caja que se mantienen controlados tanto en el escenario inherente como residual. Los controles implementados resultan adecuados para prevenir materializaciones que comprometan la liquidez institucional, reflejando una **gestión preventiva y disciplinada de los flujos financieros**.

9. Subsistema de Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención: Evidencia una **reducción significativa del riesgo**, pasando de niveles altos en el escenario inherente a niveles bajos en el escenario residual. Los controles aplicados permiten mitigar riesgos asociados a la manipulación de criterios de elegibilidad, retrasos en cronogramas de investigación, pérdida de certificaciones y debilidades en acciones de salud pública. El perfil residual confirma una **capacidad adecuada de control, gobernanza y articulación territorial**, aunque requiere seguimiento continuo para preservar la calidad científica y el impacto institucional.

10. Subsistema de Riesgos Ambientales: Mantiene una **exposición moderada y estable**, asociada a los impactos ambientales derivados de las actividades institucionales. La baja probabilidad de ocurrencia, combinada con impactos moderados, indica que los controles actuales son suficientes para mantener el riesgo bajo control; sin embargo, se recomienda **fortalecer acciones preventivas y de gestión ambiental**, con el fin de avanzar hacia estándares más altos de sostenibilidad y cumplimiento regulatorio.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-07
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME	VIGENCIA:	19-01-2024
Página 37 de 37			

Elaborado por 215478-YHU44884-GHYTR John Alexander Camacho Guacari Profesional Especializado I Oficina Asesora de Planeación	Aprobado por Alexandra Cecilia Rivera Pardo Jefe de Oficina Asesora de Planeación Oficina Asesora de Planeación
---	--

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	05-07-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	31-10-2020	modificar informe por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina
3	19-01-2024	No se realizan cambios en la estructura del documento, se actualiza la razón social del documentos eliminando las siglas ESE y se genera nueva versión	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar

"TODA VERSIÓN FÍSICA O ELECTRÓNICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Especializado I	Cargo:	Jefe de Oficina Asesora de Planeación	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación
Fecha:	01-Abr-2026	Fecha:	09-Abr-2026	Fecha:	09-Abr-2026