

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 1 de 12	

Fecha Informe:	10 de marzo de 2022	Fecha de seguimiento	septiembre a diciembre de 2021
Proceso/Procedimiento auditado:	Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión Institucional.		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar seguimiento a la Gestión del Riesgo y controles definidos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos/Procedimientos.		
Alcance del seguimiento:	Evaluar la definición de riesgos y controles, así como su efectividad para prevenir o mitigar riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, reportados como materializados en el tercer cuatrimestre de 2021.		
Criterios:	Resolución 494 de 2019 por medio del cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto. Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 5, del Departamento Administrativo de la Función Pública. Instructivo para realizar seguimientos de la Oficina de Control Interno GSI-P10-I-02, numeral 3 seguimientos a la implementación y efectividad de la Gestión del Riesgo del Instituto. Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 reglamentario del sector de la Función Pública, numeral 2.4 Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, a cargo de la Oficina de Control Interno. Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna.		
Metodología empleada:	Revisiones listas de seguimiento y monitoreo aplicadas en el último trimestre de 2021 por la Oficina Asesora de Planeación y reuniones con los líderes de Proceso/Procedimiento con el fin de evaluar la efectividad de controles de los riesgos materializados, así como revisar definición de riesgos y controles objeto de este informe.		
Responsable del seguimiento:	Angela Constanza Romero Infante, Médico Especialista, Oficina de Control Interno.		

HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su función y rol frente a la Evaluación de la Gestión del Riesgo (Decreto 648 de 2017), realizó seguimiento virtual vía Teams y presencial con los líderes de los Procesos/Procedimientos priorizados de acuerdo con la materialización de los riesgos.

Para el efecto, realizó revisión de listas de seguimiento y monitoreo aplicadas en el último trimestre de 2021 por la Oficina Asesora de Planeación, diligenciadas por los líderes de Proceso/Procedimiento en

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 2 de 12	

relación con la gestión de los riesgos de cada uno de ellos, en las cuales se reportaron los riesgos que se materializaron en el último trimestre del 2021.

En las reuniones mencionadas se realizó análisis de la efectividad de controles de los riesgos materializados, así como revisión de la definición de riesgos y sus controles.

Es de precisar que este informe solo incluye los Procesos/Procedimientos que reportaron riesgos materializados. En este sentido, el presente informe registra los hallazgos y recomendaciones.

PROCESO DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el último trimestre de 2021, reportados por el Proceso de Diagnóstico y Estadificación, así:

El riesgo reportado como materializado es: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*. Al analizar la información se observó:

- La identificación de la materialización del riesgo se realiza mediante seguimiento del indicador: *Pacientes con muestras mal identificadas en el laboratorio clínico*, sin embargo, no se incluye seguimiento de otros indicadores que podrían evidenciar la materialización del riesgo.
- Al revisar el cumplimiento del citado indicador, se observó que cumple con el estándar con datos muy cercanos al mínimo, por lo que se cuestiona el reporte de materialización del riesgo. Así las cosas, el área de Laboratorio Clínico realizará modificación del mecanismo de medición de dicho indicador. Se sugiere por parte de la Oficina de Control Interno se revise y ajuste la meta con el fin que sirva como mecanismo de identificación de la materialización del riesgo.
- Al evaluar la definición e implementación de los controles existentes para el riesgo en cuestión, en el mapa de riesgos del Proceso, se observó que es necesario fortalecer la doble identificación de las muestras en los servicios de hospitalización y GAICA; continuar con la implementación del paquete instruccional ajustado; reforzar la verificación de marcación y transporte adecuado de muestras entregadas por los camilleros en las ventanillas de laboratorio; adoptar medidas adicionales con las personas que reinciden en errores de marcación de las muestras o identificación de pacientes posterior a varias capacitaciones y retroalimentaciones; fortalecer la

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 3 de 12	

identificación y reporte de eventos adversos o incidentes relacionados con fallas en la identificación de pacientes o muestras.

Recomendaciones:

- Para la identificación de materialización del riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, se sugiere incluir indicadores existentes en otros Procedimientos, a vía de ejemplo, hospitalización, consulta externa, cancelación de estudios, estudios repetidos, rechazo de orden médica y marcación de muestras de patología.
- Revisar y ajustar la meta del indicador, *Pacientes con muestras mal identificadas en el laboratorio clínico*, con el propósito que evidencie cumplimiento de acuerdo con estándares mínimos, tolerantes y permita identificar la materialización del riesgo.
- En relación con la implementación de controles se recomienda, fortalecer la doble identificación de muestras en los servicios de hospitalización y GAICA; continuar con implementación del paquete instruccional; reforzar la verificación de marcación y transporte adecuado de muestras entregadas por los camilleros en las ventanillas de laboratorio; adoptar medidas adicionales con las personas que reinciden en los errores en la marcación de muestras o identificación de pacientes posterior a varias capacitaciones y retroalimentación sobre el particular; fortalecer identificación y reporte de eventos adversos o incidentes relacionados con fallas en la identificación de pacientes o muestras.
- Revisar redacción del riesgo: *Posibilidad de falla en la correcta identificación de paciente y/o pérdida de las muestras*, teniendo en cuenta que puede ser causa de varios riesgos, más que un riesgo en sí mismo.

PROCESO GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

La Oficina de Control Interno, revisó los riesgos materializados en el último trimestre de 2021, reportados por el Proceso de Gestión de Apoyo Clínico.

Se reportaron dos riesgos materializados: *Infecciones asociadas a la atención en salud y Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención.*

En relación con el riesgo, *Infecciones asociadas a la atención en salud* se observó:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 4 de 12	

Se dispone de dos indicadores globales de infecciones asociadas a la atención de salud: Tasa Global de Infecciones, el cual registra cumplimiento por debajo del estándar en el último semestre de 2021, en tanto que el Índice Global de Infecciones presenta incumplimiento por encima del máximo definido, en el mismo período de análisis.

Es importante definir mecanismo para establecer si el riesgo se materializó o no.

- Al evaluar la implementación de controles definidos en el mapa de riesgos para este riesgo específico se observó: Se realiza vigilancia activa concurrente en hospitalización y consulta externa, sin embargo, es importante fortalecer por una parte la periodicidad establecida por parte de quienes realizan vigilancia concurrente y por otra el autocontrol por parte de los servicios.

Aun cuando el cumplimiento del indicador, *Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos* se registra un poco por encima del estándar en el último trimestre de 2021 y bajo el estándar en el resto del año, es importante fortalecer el cumplimiento por parte de las áreas que arrastran el indicador hacia el descenso, al igual que realizar ajustes a la meta del indicador.

Con respecto a la aplicación de paquetes de medidas en las infecciones asociadas a dispositivos médicos, es necesario fortalecer el autocontrol por parte de los diferentes servicios e incluir la aplicación de dichos paquetes progresivamente en inserción de catéteres vasculares.

Recomendaciones:

- Definir mecanismo para establecer si el riesgo, *Infecciones asociadas a la atención en salud*, se materializó o no.
- En relación con la implementación de controles definidos para el riesgo, *Infecciones asociadas a la atención en salud*, se sugiere fortalecer por una parte la periodicidad establecida para realizar vigilancia concurrente y por otra el autocontrol por parte de los servicios; fortalecer el cumplimiento por parte de las áreas que arrastran el indicador, *Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos* hacia el descenso, al igual que realizar ajuste a la meta del indicador; implementar autocontrol en la aplicación de paquetes de medidas asociadas a dispositivos médicos en los diferentes servicios e incluir la aplicación de dichos paquetes progresivamente en inserción de catéteres vasculares.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 5 de 12	

- Integrar de manera activa los diferentes servicios asistenciales y áreas de gestión ambiental y soporte Hotelero en el Comité de Infecciones.
- Fortalecer utilización del Protocolo de Londres en el análisis de los casos de posibles infecciones asociadas a la atención en salud, incluyendo la totalidad de actores que participaron en cada caso.

Con respecto del riesgo, *Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención*, se observó:

- Se dispone de tres indicadores para identificar la materialización del riesgo: *Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias*, *Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa* y *Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización*. Sería importante disponer de indicador de caída de pacientes en los Grupos de Apoyo y Diagnóstico Ambulatorios.
- Se observó que el indicador, *Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias* registró resultado de 6.03 con estándar de 1, por lo que se determinó la materialización del riesgo.
- Con respecto a la implementación de controles se observó: Se dispone de formato para registrar la educación al paciente y su familia el cual se aplica en las áreas de atención hospitalaria, sin embargo, es importante fortalecer el control de la implementación de dicho formato en el servicio de urgencias para garantizar cobertura. Se realiza seguimiento sobre las medidas preventivas establecidas en el paquete instruccional, no obstante, es necesario revisar los mecanismos de evaluación de timbre funcional y organización de equipos en el entorno del paciente, que se realiza en el servicio de GAICA, con el fin de disponer de información objetiva para la toma de decisiones.

Aun cuando se realizan rondas de seguridad en los servicios, es necesario fortalecer la periodicidad en el servicio de urgencias. Se socializa el paquete instruccional en especial al Grupo de Enfermería, sin embargo, es necesario realizar esta actividad a los demás Grupos de profesionales con amplia cobertura.

Recomendaciones:

- Revisar y viabilizar construcción de indicador de caída de pacientes en los Grupos de Apoyo y Diagnóstico Ambulatorios.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 6 de 12	

- Fortalecer control en la implementación de formato para registrar educación al paciente y su familia en el servicio de urgencias para garantizar cobertura. Es necesario revisar los mecanismos de evaluación de timbre funcional y organización de equipos en el entorno del paciente, que se realiza en el servicio de GAICA, con el fin de disponer de información objetiva para la toma de decisiones.
Fortalecer periodicidad de las rondas de seguridad en el servicio de urgencias. Se considera importante fortalecer socialización del paquete instruccional a los demás Grupos de profesionales adicional a enfermería.
- Considerar el análisis del riesgo: *Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención*, en reunión de Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de Gestión de Apoyo Clínico (GAC), con el fin de realizar análisis participativo por parte de las demás áreas adicional a Enfermería.

PROCESO UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

La Oficina de Control Interno, realizó revisión de riesgos materializados en el último trimestre de 2021, reportados por el Proceso de Unidades Funcionales de Tratamiento.

Se reportaron dos riesgos materializados: *Incumplimiento de los objetivos establecidos por no garantizar la oportunidad e integralidad en la atención del paciente por parte del Grupo Área de Soporte Oncológico e Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente.*

En relación con el riesgo, *Incumplimiento de los objetivos establecidos por no garantizar la oportunidad e integralidad en la atención del paciente por parte del Grupo Área de Soporte Oncológico* se observó:

- Se dispone de indicadores de oportunidad y cumplimiento en las diferentes áreas de Soporte Oncológico, sin embargo; se evidenció que los datos registrados en algunos de ellos no son confiables, en este sentido se recomienda revisar los mecanismos de medición de los indicadores mencionados para la toma adecuada de decisiones. De igual manera, definir los indicadores que identifiquen la materialización del riesgo.
- En relación con la implementación de controles, se observó que la puesta en marcha del proyecto de modelo de soporte oncológico integral y proyecto de soporte oncológico para población pediátrica se encuentran en proceso, por lo que se recomienda su implementación oportuna.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 7 de 12	

De otra parte, el control *seguimiento mensual a la demanda satisfecha e insatisfecha*, se está implementando en Rehabilitación únicamente, por lo que se recomienda se efectúe por parte de las demás áreas de Soporte Oncológico.

Recomendaciones:

- Revisar definición del riesgo, *No garantizar la oportunidad e integralidad en la atención del paciente por parte del Grupo Área de Soporte Oncológico*, dado que puede deberse a causa de uno o varios riesgos y no de un riesgo en sí mismo.
- Revisar mecanismos de medición de los indicadores de oportunidad y de cumplimiento que no cuenten con datos confiables para la toma adecuada de decisiones.
- Definir indicadores para establecer la materialización del riesgo.
- En relación con la implementación de los controles, se recomienda la implementación oportuna del proyecto de modelo de soporte oncológico integral y proyecto de soporte oncológico para población pediátrica.

De igual manera se sugiere seguimiento mensual a la demanda satisfecha e insatisfecha en las áreas de salud mental, nutrición y cuidado paliativo.

En relación con el riesgo, *Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente*, se observó

:

- La materialización del riesgo se reporta cuando se presenta cancelación de cirugía por cualquier causa, sin embargo, sería importante tener en cuenta que son las causas institucionales a las cuales se puede identificar acciones de mejora para su disminución, por lo que se recomienda revisar la redacción del riesgo para que de manera específica se trate de no realización de tratamiento quirúrgico por causa institucional.
- Con respecto a la implementación de controles se observó que se dispone en el Sistema de Información, la boleta de cirugía y programación de tiempos específicos, no obstante, no es diligenciada por el cirujano tratante o el fellow por lo que podría generar errores que conlleven a cancelación de algunas cirugías.

Adicionalmente, se realiza confirmación de cirugía a los pacientes con un día de anticipación, teniendo en cuenta que el programa se termina de elaborar al medio día del día antes de la cirugía. En este sentido, se recomienda mejorar la oportunidad de la programación para lograr comunicación de confirmación a los pacientes por lo menos con dos días de anticipación para utilizar cupos quirúrgicos cuando haya necesidad de cancelar procedimientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 8 de 12	

El control, *Revisión médica prequirúrgica por los médicos especialistas* no se está cumpliendo en 100% lo que genera cancelaciones por modificaciones del estado clínico del paciente que habrían podido ser identificados oportunamente evitando la cancelación en salas.

Se dispone de control relacionado con la explicación al paciente y su familia sobre la causa de la cancelación de la cirugía y el procedimiento a seguir, la cual la realiza personal no entrenado en dicha actividad y es registrada en el espacio de la evolución. En este sentido, se recomienda que dicha información sea brindada por el fellow o el médico tratante y adicionalmente que el Sistema brinde la posibilidad de registro específico, obligatorio que incluya los pasos a seguir por parte del paciente

Recomendaciones:

- Revisar redacción del riesgo para que de manera específica se trate de no realización de tratamiento quirúrgico por causa institucional.
- Determinar la materialización del riesgo cuando se presente cancelación de cirugía por causas institucionales.
- Con respecto a la implementación de controles sería importante diligenciar la boleta de cirugía por el cirujano tratante o el fellow, con el fin de evitar errores en los requerimientos especiales o en los tiempos quirúrgicos necesarios para cada cirugía. Así mismo, mejorar oportunidad de la programación para lograr comunicación de confirmación a los pacientes por lo menos con dos días de anticipación para utilizar cupos quirúrgicos cuando haya necesidad de cancelar procedimientos. De igual manera, es necesario cumplir con el control, *Revisión médica prequirúrgica* y mejorar el mecanismo para la explicación al paciente y su familia en el sentido que sea realizada por personal entrenado en dicha actividad y registrada de manera específico, obligatorio e incluya los pasos a seguir por parte del paciente.
- Fortalecer análisis del indicador, *Cancelación de cirugías*, por cada Unidad Quirúrgica con el fin de adoptar decisiones adecuadas para su mejora.
- Disponer de espacio en el que participen todas las Unidades Quirúrgicas y otras áreas involucradas que realicen procedimientos, para el análisis causal de la cancelación de cirugías, de acuerdo con la metodología establecida por la Asesoría de Calidad, quien podrá brindar asesoría en ese sentido. Esto con el fin de adoptar decisiones para mitigar la materialización del riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 9 de 12	

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno, realizó revisión de los riesgos materializados en el último trimestre de 2021, reportados por el Proceso de Gestión de Tecnologías de la Información.

Se reportó materialización del riesgo, *Pérdida de Confidencialidad de la Información ante fallo en la aplicación de controles para evitar la fuga y/o pérdida de información confidencial del Instituto.*

Al analizar la información se observó:

- El riesgo se reportó como materializado debido al incumplimiento del control, *Cumplimiento de procedimientos de retiro y novedades de personal*, sin embargo, no se presentó pérdida de confidencialidad de la información, por lo que es importante tener en cuenta que la falta de implementación de un control no implica la materialización de un riesgo. En este contexto, es importante definir los mecanismos para establecer la materialización del riesgo.
- Al analizar el riesgo, *Pérdida de Confidencialidad de la Información por Incumplimiento de normas de derechos de autor*, se observó que se materializó por la identificación de la posibilidad de acceder a los documentos de SIAPINC desde algunos navegadores de internet. Dicho riesgo no fue reportado como materializado en la Lista de seguimiento y monitoreo aplicada por la Oficina de Planeación, así como tampoco se dispone de un control para identificar lo sucedido de manera sistemática.

Recomendaciones:

- Revisar los riesgos identificados para el Proceso Gestión de Tecnologías de la Información, teniendo en cuenta que pueden ser causas de varios riesgos repetidos en el mapa.
- Definir mecanismos para establecer materialización de cada uno de los riesgos, dado que el incumplimiento de un control no representa la materialización del riesgo por sí mismo.
- Incluir control para identificar posibilidad de acceder a los documentos u otra información mediante navegadores de internet, en relación con el riesgo, *Pérdida de*

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 10 de 12	

Confidencialidad de la Información por Incumplimiento de normas de derechos de autor.

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

La Oficina de Control Interno, realizó revisión de riesgos materializados en el último trimestre de 2021, reportados por el Proceso de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura.

Se reportó materialización de los riesgos: *Daño de activo por uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica e Inoportuna atención de necesidades o requerimientos ante el incumplimiento de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento.*

Al analizar la información del riesgo, *Daño de activo por uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica*, se observó:

- El riesgo se reportó como materializado teniendo en cuenta el indicador, *Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de equipos biomédicos*. Se recomienda identificar materialización del riesgo de acuerdo con los equipos biomédicos que se dañan por mal uso.
- En relación con la implementación de controles, se observó que el indicador, *Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en uso*, reportó 94.29% con estándar de 95%, por lo que se sugiere fortalecer la actividad mejorando disponibilidad por parte de los diferentes servicios. Se realizan rutinas de verificación de equipos biomédicos con periodicidad establecida para cada servicio de acuerdo con su criticidad, sin embargo, se recomienda ajustar la periodicidad donde se presenta mayor número de daño de equipos por mal uso.

Recomendaciones:

- Identificar materialización del riesgo de acuerdo con los equipos biomédicos que se dañan por mal uso.
- Fortalecer la actividad programa de capacitación en manejo y uso seguro de equipos mejorando disponibilidad por parte de los diferentes servicios. De igual manera se recomienda ajustar la periodicidad rutinas de verificación de equipos biomédicos donde se presenta mayor número de daño de equipos por mal uso.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 11 de 12	

Con respecto al riesgo, *Inoportuna atención de necesidades o requerimientos ante el incumplimiento de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento* se observó:

- Se determina materialización del riesgo en el evento que los contratistas encargados de realizar el mantenimiento de equipos biomédicos incumplen con sus obligaciones relacionadas con esa actividad, sin embargo, no es claro que para definir si el riesgo se materializó se cuente con las demás áreas del Grupo Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, teniendo en cuenta que el riesgo se unificó para todas.

Recomendaciones:

- Revisar definición del riesgo, *Inoportuna atención de necesidades o requerimientos ante el incumplimiento de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento*, dado que puede deberse a causa de uno o varios riesgos y no de un riesgo en sí mismo.
- Identificar materialización del riesgo de acuerdo con el incumplimiento de mantenimiento en las diferentes áreas de Gestión Tecnología Clínica e Infraestructura (GTCl) o revisar definición de los riesgos para cada una de ellas.

CONCLUSIONES

- La Oficina de Control Interno en cumplimiento del artículo séptimo de la Resolución 494 de 2019 (Política Administración del Riesgo), realizó seguimiento a los riesgos reportados como materializados a la Oficina de Planeación por parte de los diferentes líderes de Procesos /Procedimientos en el último trimestre de 2021.
- En términos generales, la Oficina de Control Interno evidenció y registra los siguientes aspectos en el presente informe de seguimiento de la Gestión del Riesgo:
 - ✓ La redacción de algunos riesgos puede referirse a causas de riesgos más que riesgos en sí mismos.
 - ✓ Persisten controles definidos que se asimilan a actividades del Procedimiento, más que a propios controles, por lo que se recomienda redactarlos en términos de seguimiento a dichas actividades.
 - ✓ Persisten controles que no se implementan de manera adecuada tal como se encuentran definidos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 12 de 12			

3. La Oficina de Control Interno observó que algunas de las Listas de Seguimiento y Monitoreo aplicadas por la Oficina Asesora de Planeación no se diligencian de manera completa de acuerdo con el formato previsto para tal fin.

RECOMENDACIONES

1. Revisar redacción de algunos riesgos, dado que pueden referirse a causas de riesgos más que riesgos en sí mismos.
2. Revisar redacción de algunos controles que se describen como actividades del Proceso/Procedimiento con el fin que sea una actividad de seguimiento o verificación.
3. Implementar de manera adecuada los controles, tal como se definen en los mapas de riesgos con el fin de mitigar la materialización de éstos.
4. Observar las recomendaciones específicas para los diferentes Procesos/Procedimientos, registradas en el acápite de Hallazgos del presente informe.
5. Capacitar por parte de la Oficina Asesora de Planeación a los líderes de Proceso/Procedimiento, en lo relacionado con diligenciamiento de Listas de Seguimiento y Monitoreo, con el fin de disponer de información más completa y precisa.



Aprobado por:

Elaborado por:

ANGELA CONSTANZA ROMERO
INFANTE
Médico Especialista
Oficina Control Interno
Instituto Nacional de Cancerología

BUENAVENTURA ORDUY
BURGOS

Jefe Oficina Control Interno
Instituto Nacional de Cancerología

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dependencia:	Oficina de Control Interno
Fecha:	24-06-2019	Fecha:	27-06-2019	Fecha:	27-06-2019