

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-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 10			

Fecha Informe:	28 de diciembre de 2022	Fecha de seguimiento	noviembre a diciembre de 2022
Proceso/Procedimiento Auditado	Se realizó seguimiento a los Procesos Gestión del Sistema de Desempeño Institucional (GSI), Diagnóstico y Estadificación (DYE), Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT), Gestión Apoyo Clínico – (GAC), Docencia (DOC), Investigación (INV), Salud Pública (GSP), Gestión y Desarrollo del Talento Humano (GTH), Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura (GTC), Gestión de Tecnologías de Información (GTI), Gestión Comercial (GCM) y Gestión del Gasto (GDG)		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar evaluación independiente mediante seguimiento a la implementación y control del Sistema de Gestión del Riesgo		
Alcance del seguimiento:	El alcance del presente seguimiento está orientado hacia los Procesos que registran en su mapa, riesgos priorizados, es decir Extremos, Altos y/o de Corrupción, vigencia 2022		
Criterios:	Los criterios aplicados en el presente seguimiento a la Gestión del Riesgo son los roles y responsabilidades establecidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas y Resolución 365 de 2022 Política de Administración del Riesgo en el INC		
Metodología empleada:	Identificación de Procesos con riesgos prioritarios Mesas de trabajo para realizar seguimiento a los Procesos identificados Reunión de cierre en cada mesa de trabajo con el fin de socializar conclusiones Elaboración del presente informe Socialización del presente 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 evaluación independiente de la Gestión del Riesgo en el Instituto, a los Procesos/Procedimientos priorizados (Altos, Extremos y/o de Corrupción. de acuerdo con los mapas de riesgos. El presente informe de seguimiento se enfoca desde la perspectiva del Modelo Esquema Líneas de Defensa, el cual define los roles y responsabilidades para la Línea Estratégica, Primera y Segunda Línea de Defensa en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, al igual que la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas y Resolución 365 de 2022, Política de Administración del Riesgo del Instituto. Es importante recordar que de acuerdo con el Decreto 1499 de 2017, es obligatoria la implementación del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). El citado Manual en su versión 4 de marzo de 2021 en lo atinente a Gestión del Riesgo, establece en la 7ª Dimensión los Roles y Responsabilidades para cada una de las Líneas de Defensa objeto del presente seguimiento, así:			

	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 2 de 10	

Línea Estratégica de Defensa:

“Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes.”

Primera Línea de Defensa:

“Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.”

“La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.”

Segunda Línea de Defensa:

“Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.”

“Evaluar y efectuar seguimiento a los controles aplicados por la 1ª línea de defensa.”

“Aseguramiento de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.”

“Consolidación y análisis de información sobre temas claves para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.”

“Asesoría a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles...”

Por otra parte, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, establece para el Modelo Líneas de Defensa las siguientes responsabilidades:

Línea Estratégica de Defensa:

“Define el marco general para la gestión del riesgo y el control y supervisa su cumplimiento”

Primera Línea de Defensa:

“Desarrolla e implementa procesos de control y gestión de riesgos a través de su identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora”

“Rol principal: diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la entidad”

“Así mismo, orientar el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos internos y asegurar que sean compatibles con las metas y objetivos de la entidad y emprender las acciones de mejoramiento para su logro.”

Segunda Línea de Defensa:

“Asegura que los controles y los procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende.”

	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 3 de 10	

“Rol principal: monitorear la gestión del riesgo y control ejecutada por la primera línea de defensa, complementando su trabajo.”

En este contexto, a continuación se describen los hallazgos evidenciados durante el seguimiento a la Gestión del Riesgo, así como las conclusiones y recomendaciones:

LINEA ESTRATÉGICA

La Oficina de Control Interno evidenció que la Alta Dirección del Instituto revisa, aprueba y formaliza la Política de Administración del Riesgo mediante acto administrativo, cada 4 años o cuando es necesario realizar alguna modificación. De igual forma, realiza seguimiento de su aplicación en la institución o cambios que puedan generar ajustes mediante la revisión de resultados presentados por la Oficina de Planeación de manera anual en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y periódicamente en reunión de Eje de Gestión del Riesgo de Acreditación. En dichos espacios se han definido acciones en relación con la gestión efectiva del riesgo.

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA

PROCESO DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación del Proceso adelanta en la actualidad la revisión del mapa de riesgos con acompañamiento de la Oficina de Planeación. Cada Coordinador de Grupo realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) individual, y posteriormente se realiza el EPM del Grupo Área, en el cual se efectúa socialización de los riesgos y revisión de materialización de los riesgos. La identificación de materialización de la mayoría de los riesgos se realiza mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos. En 2022 no se ha materializado ningún riesgo; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento con cada Coordinador de Área.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar la redacción de los riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?)
- Documentar el seguimiento a los controles realizados por cada uno de los responsables de los riesgos, con el objeto de soportar dicha actividad.
- Incluir la identificación de alertas tempranas en los (EPM), con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover conocimiento y apropiación del mapa de riesgos en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y posterior a su actualización. De igual manera, la Oficina Asesora de Planeación realiza capacitación. En dichos espacios también se efectúa seguimiento a la materialización de riesgos, se presenta análisis causal por cada uno de los responsables de los riesgos y acciones de mejoramiento a las cuales se realiza revisión de su implementación.

El seguimiento a la ejecución de los controles se realiza por el responsable de cada riesgo. La materialización de riesgos se identifica mediante indicadores. Se generan alertas tempranas en los Comités para evitar la materialización de los riesgos. De manera trimestral se diligencia la Lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada

	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 4 de 10	

por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando la información del instrumento cuando es solicitada o se presenta alguna inquietud.

Recomendaciones específicas:

- Fortalecer la redacción de los riesgos teniendo en cuenta las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- Documentar el seguimiento a los controles realizados por cada uno de los responsables de los riesgos, con el objeto de soportar dicha actividad.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

El seguimiento al Proceso de Unidades Funcionales de Tratamiento se realizó mediante evaluación con las Unidades Funcionales de Seno y Tejidos Blandos y Atención de Cáncer Infantil.

Unidad Funcional de Seno y Tejidos Blandos: La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación del Grupo realiza Equipos Primarios de Mejoramiento de manera mensual en el que se gestiona seguimiento a indicadores y otros temas relacionados con las labores del Grupo, sin embargo, no se incluye de manera sistemática la revisión de los riesgos. La Coordinación del Grupo conoce sus riesgos y controles, así como los mecanismos para identificar cuando se materializa cada uno de los riesgos de UFT que le compete. No se ha materializado ningún riesgo relacionado con la UF Seno y Tejidos Blandos.

Recomendaciones específicas:

- Incluir en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales del Grupo, revisión de los riesgos que le competen, su socialización, implementación de controles definidos para esos riesgos y si se materializaron o no durante el periodo, con el objeto de presentar dicho seguimiento en los (EPM) mensuales del Grupo Área, así como su participación en el diligenciamiento de la lista de monitoreo y seguimiento de las Unidades Quirúrgicas que se remite a la Oficina Asesora de Planeación de manera trimestral.
- Incluir la identificación de alertas tempranas en los (EPM), con el fin de evitar materialización de riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

Unidad Funcional Atención de Cáncer Infantil: La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación del Grupo realiza Equipos Primarios de Mejoramiento, el último en septiembre de 2022, en el que se socializó e hizo seguimiento al riesgo número 2 de UFT publicado en el SIAPINC, en lo relacionado con la implementación de los controles y su materialización. No se ha materializado dicho riesgo en 2022; de manera trimestral se diligencia la Lista de Monitoreo y Seguimiento en el (EPM) del Grupo Área, la cual es remitida a la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendaciones específicas:

- Incluir en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales del Grupo, la revisión de los riesgos que le competen, su socialización, la implementación de los controles definidos para esos riesgos y si se materializaron o no durante el periodo.
- Fortalecer la revisión mensual en (EPM) del Grupo Área de los riesgos, sus controles y si se materializan o no.
- Incluir la identificación de alertas tempranas en los (EPM), con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-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 10	

PROCESO DOCENCIA

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover conocimiento y apropiación del mapa de riesgos posterior a su actualización. Dicha actualización se realizó con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. En los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de febrero y abril del presente año se realizó seguimiento a la materialización de riesgos mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos. En el evento de materialización de un riesgo se efectúa análisis causal, así como la identificación de acciones de mejora, las cuales se implementan.

El seguimiento a la implementación de los controles se realiza durante el desarrollo de los procedimientos. La materialización de los riesgos se identifica mediante indicadores para la mayoría de los riesgos. Se generan alertas tempranas para evitar la materialización de los riesgos; de manera trimestral se diligencia Lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento, así como en el análisis de la materialización de los riesgos.

Recomendaciones específicas:

- Documentar seguimiento sistemático a la implementación de los controles.
- Realizar seguimiento a la Gestión del Riesgo mensualmente en los Equipos Primarios de Mejoramiento.
- Documentar mecanismo para la identificación del riesgo: *"No formar el talento humano en oncología"*.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover conocimiento y apropiación del mapa de riesgos en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM). Actualmente se está actualizando el mapa de riesgos del Proceso con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. La Coordinación del Grupo Área realiza reuniones de Grupo con cada Coordinador con el fin de revisar tareas, dentro de ellas la implementación de controles de riesgos, así como la generación de alertas tempranas para evitar la materialización de los riesgos.

En los Equipos Primarios de Mejoramiento se realiza seguimiento a la materialización de riesgos mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos. En el evento de materialización de un riesgo se efectuó análisis causal, así como la identificación de acciones de mejora, las cuales se implementaron; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento, así como en el análisis de la materialización de los riesgos.

Recomendaciones específicas:

- Documentar seguimiento sistemático a la implementación de los controles.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover conocimiento y apropiación del mapa de riesgos en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM). Se actualizó el mapa de riesgos del Proceso con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. La Coordinación del Grupo Área realiza Comités internos con cada Coordinador con el fin de revisar tareas, dentro

	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 6 de 10			

de ellas la implementación de controles de riesgos, así como la generación de alertas tempranas para evitar la materialización de riesgos.

En los Equipos Primarios de Mejoramiento se realiza seguimiento a la materialización de riesgos mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos. En el evento de materialización se efectúa análisis causal, así como identificación de acciones de mejora, a las cuales se hace seguimiento en los EPM; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento.

Recomendaciones específicas:

- Fortalecer los mecanismos para identificación de materialización de riesgos de corrupción con acompañamiento del responsable del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- Mejorar progresivamente redacción de los controles de riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control)
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover conocimiento y apropiación del mapa de riesgos en los (EPM). Se está realizando actualización del mapa de riesgos del Proceso con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación.

En los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) se realiza revisión del cumplimiento de controles de riesgos, así como la identificación de la materialización de riesgos mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos. En el evento de materialización de un riesgo se efectúa análisis causal, así como identificación de acciones de mejora, a las cuales se hace seguimiento en los (EPM); de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar progresivamente redacción de los controles de riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control)
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO INVESTIGACIÓN

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación de Investigación adelanta en la actualidad revisión del mapa de riesgos con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, el cual está pendiente de aprobación. Cada Grupo realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) individual, y posteriormente se realiza el (EPM) del Grupo Área, en el cual se socializa los riesgos y revisión de la materialización de éstos. La identificación de materialización de la mayoría de los riesgos se realiza mediante revisión de resultados de indicadores y otros datos; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por 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 7 de 10	

Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento en algunas oportunidades.

Recomendaciones específicas:

- Realizar seguimiento sistemático y documentación a la implementación de los controles de riesgos establecidos en el mapa de riesgos, con el fin de disminuir la posibilidad de materialización de éstos.
- Revisar el mecanismo para identificar materialización de riesgos de corrupción con acompañamiento del oficial de cumplimiento o persona encargada del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO SALUD PÚBLICA

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación de Salud Pública adelanta en la actualidad revisión del mapa de riesgos con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, el cual está pendiente de aprobación. Cada Grupo realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) individual, y posteriormente se realiza el Equipo Primario de Mejoramiento del Grupo Área, en el cual se socializa los riesgos, seguimiento a la implementación de los controles y revisión de materialización de riesgos.

La identificación de materialización de riesgos se realiza mediante la revisión de resultados de indicadores y otros datos; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento en algunas oportunidades.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar redacción de los riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?)
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación del Proceso adelanta en la actualidad revisión del mapa de riesgos, con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. Cada Coordinador de Grupo realiza seguimiento a los controles mediante seguimiento de actividades de los Procedimientos.

En los Equipos Primarios de Mejoramiento del Grupo Área se revisa materialización de riesgos por medio del seguimiento a indicadores. En el evento de materialización de un riesgo se efectúa análisis causal, así como identificación de acciones de mejora; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, quien brinda acompañamiento validando el instrumento, momento en el cual se realiza seguimiento a la implementación de los controles.

Recomendaciones específicas:

- Aclarar concepto de materialización del riesgo vs la falta de implementación de los controles, es decir fallas en la redacción de un control, falta de implementación o insuficiencias en la definición de controles NO implican por sí mismas la materialización de un riesgo. Un riesgo se materializa cuando sucede lo que se describió como riesgo en el mapa de riesgos (posibilidad de que suceda algo que afecta los objetivos de la entidad).
- Fortalecer socialización de los riesgos a la totalidad de los colaboradores del Grupo Área.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

	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 8 de 10			

PROCESO GESTIÓN COMERCIAL

La Oficina de Control Interno evidenció que el Equipo de Gestión Comercial actualmente está revisando el mapa de riesgos, con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación. Cada Coordinador de Grupo realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) en el cual se hace resocialización de los riesgos y se revisa materialización de éstos por medio del seguimiento a los indicadores. No se ha materializado ningún riesgo en el año 2022; de manera trimestral se diligencia lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina Asesora de Planeación, momento en el cual se realiza seguimiento a la implementación de los controles.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar redacción de los riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?)
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

Desde la Coordinación de la Gestión de Tecnologías de la Información se está trabajando en Seguridad de la Información mediante identificación de activos de información de todas las dependencias del Instituto e identificación de riesgos técnicos y operacionales de cada uno de ellos, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación.

Se realizó capacitación por parte de Gestión de Tecnologías de la Información a los líderes de Procesos/Procedimientos para la identificación de activos de información.

Recomendaciones específicas:

- Fortalecer el acompañamiento a líderes de Procesos/Procedimientos en la identificación de riesgos operacionales de sus activos de información.

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

La Oficina de Control Interno evidenció que la Oficina Asesora de Planeación, asesora a la Línea Estratégica en la definición y actualización de la Política de Riesgos. De igual manera, realiza acompañamiento en la actualización de mapas de riesgos a todos los Procedimientos, así como capacitaciones periódicas con cursos virtuales, inducción y reinducción, Equipos Primarios de Mejoramiento y socialización de rutas de Procesos. Realiza monitoreo mediante solicitud del diligenciamiento de listas de seguimiento y monitoreo.

Se realiza reunión periódica de seguimiento al Eje de Gestión de Riesgos de Acreditación a la cual asisten algunos de los otros responsables de la Segunda Línea de Defensa. Se efectúa asesoría permanente a los Procesos que lo soliciten. Así mismo, realiza validación de algunas listas de seguimiento y monitoreo diligenciadas por los líderes de los Procesos.

Recomendaciones específicas:

- Fortalecer la supervisión a las prácticas de gestión de riesgo eficaces y efectivas por parte de la Primera Línea de Defensa, a vía de ejemplo, mediante validación sistemática de las listas de seguimiento y monitoreo. (Implementación de controles, mecanismos de identificación de materialización de riesgos,

	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 9 de 10	

análisis causal de los riesgos materializados, definición de planes de mejora de acuerdo con el análisis causal realizado, entre otros).

- Incluir en el Manual para la Gestión de Riesgos Institucional los roles y responsabilidades de todos los responsables de Segunda Línea de Defensa.
- Fortalecer progresivamente la supervisión en coordinación con los demás responsables de la Segunda Línea de Defensa las actividades de la Primera Línea de Defensa en lo relacionado con la Gestión del Riesgo.
- Asegurar la asistencia de los demás responsables de la Segunda Línea de Defensa en la reunión de Eje de Gestión de Riesgos de Acreditación.

CONCLUSIONES

- ❖ Durante el seguimiento realizado a los distintos responsables de Proceso/Procedimiento, la Oficina de Control Interno logró evidenciar importante nivel de desarrollo y madurez de la administración del riesgo en el Instituto, dado por la Política de Administración del Riesgo actualizada y su seguimiento, riesgos identificados, definición de controles, así como ejercicios de autocontrol y monitoreo por parte de la Primera y Segunda Línea de Defensa respectivamente.
- ❖ Es importante reconocer el compromiso de los líderes de Procesos/Procedimientos en la actualización de los mapas de riesgos, así como en el seguimiento a su materialización en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM). De igual manera, la labor realizada por la Oficina Asesora de Planeación como Segunda Línea de Defensa, en el acompañamiento a la Primera Línea y la implementación progresiva de monitoreo, lo que ha impulsado el nivel de madurez de la Administración del Riesgo en el Instituto.
- ❖ Es necesario continuar con el mejoramiento de la Administración del Riesgo, para lo cual la Oficina de Control Interno registró recomendaciones específicas por Proceso, mencionadas en los hallazgos, así como en las recomendaciones generales que se describen en el siguiente acápite del informe.

RECOMENDACIONES

1. Actualizar el Manual para la Gestión del Riesgo Institucional GSI-P07-M-02, de acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5 de diciembre de 2020, el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 4 de marzo de 2021, así como las Circulares Externas número 20211700000005-5 de 2021 y 20211700000004-5 de 2021 emanadas de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Incluir en el Manual para la Gestión del Riesgo Institucional GSI-P07-M-02, los demás responsables de la Segunda Línea de Defensa en la Gestión del Riesgo.
3. Mejorar progresivamente la redacción de riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?).
4. Mejorar progresivamente la redacción de los controles de riesgos atendiendo las orientaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas (responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad; Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control. Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control)
5. Documentar para cada uno de los riesgos, en los mapas de riesgos por Proceso, el mecanismo o manera mediante la cual se identifica su materialización, de tal forma que se asegure su objetividad y sistematicidad.
6. Definir y documentar alertas tempranas para cada riesgo con el fin de prevenir su materialización.

	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 10	

7. Fortalecer en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales de los diferentes Grupos, la revisión de los riesgos que le competen, su socialización, evaluación de la implementación de controles definidos para esos riesgos y si se materializaron o no durante el periodo, con el objeto de retroalimentar los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales de los respectivos Grupos Área, así como su participación en el diligenciamiento de listas de monitoreo y seguimiento que se remite a la Oficina Asesora de Planeación de manera trimestral.
8. Documentar en las Actas de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) o en los espacios que sean considerados por cada uno de los Grupos o Grupos Área, el seguimiento sistemático a la implementación de controles de riesgos, así como la materialización de éstos.
9. Incluir en la agenda de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), la identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
10. Fortalecer por parte de las Segundas Líneas de Defensa, la identificación de los riesgos respectivos en los mapas de riesgos de Procesos y sus controles, brindando asesoría y acompañamiento, la supervisión a las prácticas de gestión de riesgo eficaces y efectivas por parte de la primera línea de defensa, mediante la validación sistemática de la implementación de controles, mecanismos de identificación de materialización de riesgos, análisis causal de los riesgos materializados, definición de planes de mejora de acuerdo con el análisis causal realizado.
11. Fortalecer progresivamente la supervisión en coordinación con todos los responsables de la Segunda Línea de Defensa las actividades de la Primera Línea de Defensa en lo relacionado con Gestión del Riesgo.
12. Asegurar la asistencia de todos los responsables de la Segunda Línea de Defensa en la reunión de Eje de Gestión de Riesgos de Acreditación, así como en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cuando se trate el tema de la Gestión del Riesgo.
13. Reportar, por parte de la Primera Línea de Defensa, a la Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno Disciplinario cuando se materialice riesgos de corrupción. De igual manera, la Oficina de Asesora de Planeación deberá reportar la materialización de dichos riesgos a la Oficina de Control Interno Disciplinario para asegurar la respectiva investigación.
14. Definir el responsable del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), con el fin de implementar sus responsabilidades como Segunda Línea de Defensa.

Angela Romero I

Elaborado por: _____
 Angela Constanza Romero Infante
 Médico Especialista
 Oficina de Control Interno

Aprobado por: _____
 Buenaventura Orduy Burgos.
 Jefe Oficina Control Interno INC

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