

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 1 de 16			

Fecha Informe:	14 de noviembre de 2023	Fecha de seguimiento	septiembre-octubre de 2023
Proceso/Procedimiento Auditado	Se realizó seguimiento a la Gestión del Riesgo en los Procesos 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), Gestión del Gasto (GDG), como Primeras Líneas de Defensa. De igual manera, se realizó reuniones con líderes de Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Gestión Ambiental, Seguridad de la Información y Seguridad y Salud en el Trabajo como Segundas Líneas de Defensa.		
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 son los Procesos que registran en su mapa, riesgos priorizados, es decir Extremos, Altos y/o de Corrupción, así como las Segundas Líneas de Defensa Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Gestión Ambiental, Seguridad de la información y Seguridad y Salud en el Trabajo.		
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 el Diseño de Controles en Entidades Públicas y Resolución 365 de 2022 Política de Administración del Riesgo del Instituto.		
Metodología empleada:	Identificación de Procesos con riesgos prioritarios y Segundas Líneas de Defensa objeto del presente seguimiento. Mesas de trabajo para realizar seguimiento a los Procesos y líderes identificados. Reunión de cierre en cada mesa de trabajo con el fin de socializar conclusiones y recomendaciones. Elaborar y 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. Así mismo, se efectuó seguimiento a las Segundas Líneas de Defensa: Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente, Gestión Ambiental, Seguridad de la Información y Seguridad y Salud en el Trabajo.

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.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 2 de 16	

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:

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”

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 3 de 16			

“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.”

“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 aprobó el Mapa Institucional de Riesgos posterior a su actualización, para ser publicado a comienzo de 2023. De igual manera, aprobó el Programa Anual de Auditorías Internas basado en riesgos de 2023 en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de diciembre de 2022. Realizó supervisión del cumplimiento de la gestión del riesgo en el primer Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, efectuado el 8 de mayo de 2023.

De manera trimestral se realiza reunión de Eje de Riesgo de acreditación en la que participan las Subdirecciones de Investigaciones, Administrativa Financiera y Médica, al igual que las Oficinas de Planeación, Control interno y Calidad, en la cual se realiza seguimiento a la gestión del riesgo. En dichos espacios se han definido acciones en relación con la gestión efectiva del riesgo.

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA

DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación, responsable del Procedimiento, realizó actualización del mapa de riesgos en mayo del presente año, ajustando la redacción de algunos riesgos. No obstante, continúa redacción de riesgos como fallas de los Procedimientos más que como la posibilidad de ocurrencia de una situación generada por dicha falla.

El Grupo Área realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de manera mensual, donde cada Coordinador presenta su información, incluyendo el seguimiento a la materialización de los riesgos.

En los tres primeros trimestres de 2023 se presentó materialización del riesgo: “Falla en la identificación de pacientes y/o muestras” en febrero, marzo, mayo y agosto, ante lo cual, se realizó análisis con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Calidad, definiendo 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 con cada Coordinador de Área.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar redacción de los riesgos atendiendo las recomendaciones de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?), evitando definir fallas de los procedimientos como riesgos.
- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 4 de 16	

- Seguimiento a materialización de los riesgos.
- Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos. materializados o de acciones para fortalecer los controles según mapa de riesgos.
- Seguimiento a implementación de controles de los riesgos, definidos en el mapa de riesgos.
- Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

➤ Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN DE APOYO CLÍNICO

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con la Coordinación de Enfermería, delegada por la doctora Martha García, Coordinadora del Procedimiento (GAC), evidenciando la realización de mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación para la actualización del mapa de riesgos, la cual se encuentra en desarrollo. Así mismo, han modificado algunos riesgos en relación con su clasificación, cambiando de altos a extremos. De igual manera, se actualizaron algunos controles.

En reunión de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) se realiza seguimiento a los riesgos materializados, así como a la implementación de controles mediante evaluación de indicadores y otros mecanismos como herramientas de verificación y seguimiento a los planes de mejora.

Así mismo, se gestionan acciones de mejora, a vía de ejemplo, folletos mensuales que contienen los riesgos y los resultados de indicadores relacionados y socializan en las carteleras y carpetas compartidas de UCI, Hospitalización y GAICA.

Durante los primeros tres trimestres de 2023 se materializaron los riesgos: “Infecciones asociadas a la atención de salud”, “caída de pacientes”, “sobreocupación de GAICA”, “pérdida de la integridad de la piel”, “comunicación no asertiva entre el paciente, familia y equipo de salud”, “inadecuada entrega de productos ante la pérdida de la cadena de esterilidad del instrumental”, “errores de medicación”, “donación, procesamiento y administración de hemocomponentes”, todos de manera recurrente, a los cuales se realiza análisis y definición de acciones de mejora, con acompañamiento de la Asesoría de Calidad.

Según lo mencionado por la Coordinadora de Enfermería, es necesario revisar el riesgo: “pérdida de medicamentos de alto costo”, con el fin de implementar control relacionado con la devolución al servicio farmacéutico de los frascos o cajas de medicamentos de alto costo, administrados desde Enfermería.

De manera trimestral se diligencia Lista de Seguimiento y Monitoreo solicitada por la Oficina de Planeación, quien brinda acompañamiento, validando la información del instrumento cuando es solicitada o se presenta alguna inquietud.

Recomendaciones específicas:

- Mejorar redacción de los riesgos atendiendo las recomendaciones de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?), evitando definir fallas de los procedimientos como riesgos.
- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa de riesgos.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 5 de 16			

- Revisar el riesgo: “pérdida de medicamentos de alto costo” con el fin de evaluar la posibilidad de implementar control relacionado con la devolución al servicio farmacéutico de los frascos o cajas de medicamentos de alto costo, administrados desde Enfermería.
- Fortalecer la presencia permanente de Enfermería en el (EPM) del Grupo Área de Gestión de Apoyo Clínico.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al Proceso de Unidades Funcionales de Tratamiento mediante evaluación de las Unidades Médicas y Unidades Quirúrgicas, evidenciando lo siguiente:

Unidades Quirúrgicas: Tiene programada revisión del mapa de riesgos para noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación.

La Coordinación de Unidades Quirúrgicas diseñó matriz que incluye a cada Unidad Funcional para el diligenciamiento de los riesgos que se materializan con el fin de realizar su seguimiento.

Durante los tres primeros trimestres del año se reportaron como materializados los riesgos: “pérdida o mala rotulación de espécimen anatomopatológico”, “realizar tratamiento quirúrgico en sitio equivocado”, a los cuales se realizó análisis con acompañamiento de la Asesoría de Calidad y se definió acciones de mejora.

Se realiza seguimiento a la materialización de los riesgos en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de las Unidades.

Trimestralmente se reporta a la Oficina Asesora de Planeación la Lista de Monitoreo y Seguimiento en las que participan la totalidad de los Grupos.

Unidades Médicas: El mapa de riesgos se revisó en septiembre de 2023 en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación, en el que se incluyeron algunos riesgos, actualmente se encuentra en aprobación.

Se realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de manera mensual, en los cuales se revisa la materialización de los riesgos que le aplican.

Trimestralmente se reporta a la Oficina Asesora de Planeación la Lista de Monitoreo y Seguimiento en las que participan la totalidad de los Grupos. De acuerdo con lo reportado en las mencionadas listas, no se ha materializado riesgos en las Unidades Médicas en los tres primeros trimestres de 2023.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Fortalecer los tiempos administrativos de los coordinadores de las unidades con el fin de reforzar el seguimiento a la gestión del riesgo en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM).
- Fortalecer el análisis de los reportes del indicador de “Porcentaje de riesgos materializados del Proceso de UFT”, incluyendo descripción resumida del análisis causal y acciones de mejora definidas, así como su seguimiento.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 6 de 16			

- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

DOCENCIA

La Oficina de Control Interno evidenció acciones de socialización por parte de la Coordinación del Proceso para promover el conocimiento y apropiación del mapa de riesgos, el cual fue actualizado, incluyendo dos riesgos relacionados con la posibilidad de admitir estudiantes sin cumplimiento de requisitos y posibilidad de fraude en examen de conocimientos, a los cuales se definieron nuevos controles.

Así mismo, se retiró el riesgo “No formar talento humano en oncología”.

De forma trimestral se diligencia Lista de Seguimiento y Monitoreo con destino a la Oficina Asesora de Planeación quien valida la información.

Se realiza Equipo Primarios de Mejoramiento (EPM) con periodicidad mensual, donde se socializan los riesgos y realiza seguimiento a su materialización e implementación de controles, lo cual se observa en presentación en Power Point.

En el segundo trimestre de 2023 se reportó materialización del riesgo: “No formar talento humano en oncología”, sin embargo, no se realizó plan de mejora por no tratarse de causa institucional.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa de riesgos.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa de riesgos.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo observando que, de acuerdo con lo manifestado por la Coordinación de Gestión y Desarrollo del Talento Humano, se actualizó el mapa de riesgos en febrero de 2023 incluyendo nuevo riesgo; actualmente se encuentra en aprobación.

Se realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de manera mensual con acompañamiento de la Subdirección Administrativa y Financiera, sin embargo, desde marzo no se incluye el tema de Seguimiento a la Gestión del Riesgo.

Durante los primeros tres trimestres de 2023 no se reportó la materialización de ningún riesgo.

De manera trimestral se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento, la cual es revisada y validada en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendaciones específicas:

- Retomar el tema de seguimiento a la gestión del riesgo en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de Gestión y Desarrollo del Talento Humano, con el fin de cumplir con lo dispuesto en la Resolución 113 de 2023, mediante la cual se fijan los lineamientos internos para el mejoramiento de los Procesos institucionales.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 7 de 16	

- Desarrollar en los (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo observando que, de acuerdo con lo manifestado por la Coordinación del Proceso, el mapa de riesgos se actualizará en noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina de Planeación.

En los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) se realiza seguimiento a materialización de los riesgos e implementación de controles mediante revisión de cumplimiento de indicadores y otros datos.

En los tres primeros trimestres del año en curso, no se reporta materialización de ningún riesgo.

De manera trimestral se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento, la cual ha es revisada y validada en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo, observando que, de acuerdo con lo manifestado por el Área de Gestión de la Información, el mapa de riesgos se actualizará en noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina de Planeación.

En reunión de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) del Grupo Área se realiza seguimiento a la materialización de riesgos, a implementación de controles de los riesgos más relevantes mediante evaluación del cumplimiento de los indicadores.

En marzo de 2023 se materializo el riesgo: “posibilidad de pérdida de información” debido a que en algunos equipos biomédicos el antivirus dejó de soportarlos, se realizó análisis causal y plan de mejora. No obstante, no fue reportado por cuanto el riesgo se trasladará a Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura.

No se realizó actualización del mapa posterior a la decisión de trasladar dicho riesgo a otra Área.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 8 de 16	

De forma trimestral se diligencian Listas de Seguimiento y Monitoreo para ser remitidas a la Oficina Asesora de planeación, quien las valida.

En Comité de Gestión y Desempeño Institucional (MIPG) se presentó el Plan de Riesgo de Seguridad de la Información para su revisión y aprobación.

Se trabaja actualmente en el Modelo de Enfoque de Seguridad 0 trust, mediante el cual se diseñan controles de seguridad informática con inteligencia artificial, igualmente, para otros controles se continúa haciendo auditorias, revisiones y mesas de trabajo.

Se garantiza la aplicación de los controles mediante la declaración de aplicabilidad de controles, la cual se actualiza anualmente.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Actualizar de manera oportuna los mapas de riesgos, en cuanto se tome la decisión de trasladar un riesgo a otra área.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

INVESTIGACIÓN

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo encontrando que, de acuerdo con lo manifestado por la Coordinación del Proceso, el mapa de riesgos se actualizará en noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina de Planeación.

Se realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) de manera mensual, en el que se hace seguimiento a la materialización de los riesgos y revisa la implementación de los controles, en especial los controles de los proyectos mediante los seguimientos de monitorias.

Para el riesgo: “Demoras en la ejecución de los cronogramas y en los cierres de los proyectos de investigación”, se están implementando acciones de mejora mediante análisis de tiempos y propuesta de ajustes previo a la revisión por el Comité de Investigaciones, de igual manera, se está revisando el mecanismo de identificación de materialización de dicho riesgo.

Cada tres meses se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento para remitir a la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 9 de 16			

- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

SALUD PÚBLICA

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo encontrando que, de acuerdo con lo manifestado por la Coordinación del Proceso, el mapa de riesgos se actualizará en noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina de Planeación.

Mensualmente se realiza reunión de Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) del Grupo Área en el cual se hace seguimiento a la materialización del riesgo de cada Grupo, de igual manera se presenta el seguimiento a los controles de los riesgos.

En uno de los (EPM) se analizó el riesgo: “Incumplimiento de objetivos para contribuir con la mejora de la calidad de los servicios oncológicos”, en el cual se decidió no modificarlo, entre tanto no se dé la transformación del Instituto.

Trimestralmente se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento con el fin de remitirla a la Oficina Asesora de Planeación, quien la valida y cuando es necesario acompaña el diligenciamiento.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN DEL GASTO

La Oficina de Control Interno evidenció que la Coordinación del Proceso realizó actualización del mapa de riesgos, en el que se incluyó un riesgo nuevo: “giro de recursos a proveedores en cuenta bancaria errada” debido a que se presentó una situación al respecto.

De igual manera se presentó pago por mayor valor por lo que se ajustó la redacción de uno de los riesgos existentes, se reportó materialización y realizó plan de mejora para implementar controles adicionales y segunda validación con matriz de pagos, así como la subsanación de lo sucedido.

En reunión de Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) del Grupo Área se realiza seguimiento a la materialización de riesgos.

Trimestralmente se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento la cual se remite a la Oficina Asesora de Planeación. Se recuerda el 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).

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 10 de 16	

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

GESTIÓN COMERCIAL

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del riesgo observando que, de acuerdo con lo manifestado por la Coordinación del Proceso, el mapa de riesgos se actualizará en noviembre de 2023 con acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación.

En el mapa de riesgos vigente se modificaron dos riesgos ajustando su redacción. Se está trabajando los riesgos actuariales para incluirlos en el mapa de riesgos del Proceso. Se realiza Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) del Grupo Área, el cual se registra las presentaciones de cada uno de los Grupos, en el que se realiza seguimiento a la materialización de riesgos, así como a la implementación de controles.

En los tres primeros trimestres del año no se han materializado riesgos.

Se diligencia Lista de Monitoreo y Seguimiento de forma trimestral, con destino a la Oficina Asesora de Planeación.

Recomendaciones específicas:

- Desarrollar en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) y documentar en las respectivas Actas, los siguientes puntos en relación con el seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos.
 - Seguimiento a definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
- Tener presente las recomendaciones generales registradas en el acápite final de este informe.

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA

GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Control Interno socializó al Área de Gestión y Desarrollo del Talento Humano los roles y responsabilidades como Segunda Línea de Defensa y en conjunto con sus colaboradores se identifican algunas actividades que realiza, en las cuales actuaría como la mencionada línea. Se sensibiliza para que en esos temas se fortalezca la gestión del riesgo desde los roles y responsabilidades de la mencionada Línea.

En el tema de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Oficina de Control Interno, evidenció que se cuenta con matriz de peligros y valoración de riesgos de seguridad y salud en el trabajo, en la que se identifican riesgos y peligros para personal de planta por dependencia y por cargo, identificando la actividad, tipo de actividad, riesgo, si puede

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 11 de 16	

presentar daño o efecto, controles, valoración de riesgo en impacto y probabilidad, controles, nueva valoración del riesgo y calificación.

La matriz se actualiza cada año, priorizando las áreas que más accidentalidad presentaron. Se solicita la información a los tercerizados al realizarse la contratación y posteriormente cada año, realizando seguimiento cada mes mediante un informe presentado por los contratistas y cada (4) meses mediante mesas de trabajo con el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) del Instituto.

Los contratistas de obras presentan informe mensual. En dichos informes se reporta capacitación, acciones correctivas, ejecución, incapacidades, ausentismo, indicadores de frecuencia y severidad de accidentalidad. Si hay un accidente se solicita la investigación y planes de mejora. Cuando el accidente se presenta por causa generada por el Instituto, se realiza plan de mejora conjunto.

Con respecto a la capacitación brindada por la Segunda Línea de Defensa en Seguridad y Salud en el Trabajo, se realiza cada vez que se actualizan las matrices, en inducción y reinducción; adicionalmente se dispone de cronograma de capacitación, con cumplimiento de cobertura de 46% con corte agosto de 2023.

Se hace valoración de puestos de trabajo a necesidad de acuerdo con la solicitud de los funcionarios y el reporte de posible enfermedad profesional. Se realiza exámenes ocupacionales con periodicidad anual, emitiendo informe al que se efectúa valoración y seguimiento. Se realiza identificación de accidentalidad y enfermedad por diferentes medios, se investiga y se hace seguimiento hasta el cierre de cada caso. Se define plan de acción a cada accidente y de igual manera se registra seguimiento.

Recomendaciones específicas:

- Para la Gestión y Desarrollo del Talento Humano, identificar las necesidades de capacitación, acompañamiento y monitoreo a las Primeras Líneas en los Procedimientos de Talento Humano que puedan generar riesgo.
- Garantizar la cobertura de capacitación para 2023 en Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con las metas propuestas.

GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al Procedimiento, Gestión de Tecnologías de la Información como Segunda Línea de Defensa en el tema de seguridad de la información observando el siguiente avance: Se nombró líder de continuidad de negocio y riesgos de operación la Subdirección Administrativa y Financiera.

De otra parte, se realizó contrato con firma consultora para desarrollar metodología de análisis de impacto de negocio de tecnologías de la información para identificar riesgos operacionales. Se efectúan mesas de trabajo con los usuarios de los sistemas de información para revisar los activos críticos, priorizarlos, identificar el impacto del riesgo, su probabilidad, calificación y recomendaciones.

El Área de Sistemas apoya este proceso, el cual se trabaja en Comité de Desempeño Institucional (MIPG). Igualmente, desde Sistemas se trabaja recuperación de desastres informáticos, como parte de la actividad de Segunda Línea.

Recomendaciones específicas:

- Continuar con la gestión de los riesgos operacionales como parte importante de la gestión de la seguridad de la información.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 12 de 16			

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

La Oficina de Control Interno socializó al Área de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura los roles y responsabilidades como Segunda Línea de Defensa y realizó seguimiento el tema de gestión ambiental evidenciando lo siguiente: Desde el Área de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero se trabaja en una matriz de aspectos e impactos ambientales y otra de requisitos legales que debe cumplir el Instituto en temas ambientales. En la primera se incluyen aspectos globales que impactan a todos los Procesos, a vía de ejemplo, vertimientos, residuos sólidos, consumo y ahorro de agua y energía, emisiones atmosféricas.

Se realizan capacitaciones a Enfermería especialmente en temas como el manejo de corto punzantes para evitar accidentes, residuos y su segregación, política ambiental. Se adelanta sensibilización en el nuevo código de colores en dos jornadas asistenciales y también al personal administrativo, con una cobertura a septiembre de 2023 de 234 personas.

Para el mismo fin se elaboró video, el cual se socializó por correo y pantallas de televisión. Las matrices se actualizan anualmente. Se trabaja por temas y por Proceso, identificando los aspectos que impactan en cada Proceso. Cuando se presentan cambios de equipos, áreas o elementos nuevos, se trabaja con los responsables para definir el impacto, controles y su valoración.

Se observa que los controles, así como las acciones de mejoramiento definidas son orientadas al área de gestión ambiental, sin embargo, no involucran a los generadores de impactos ambientales. En los (EPM) se realiza seguimiento a indicadores de residuos, medición de agua, reciclaje, medición de energía, emisiones atmosféricas, cumplimiento de normatividad y ejecución de proyectos.

Recomendaciones específicas:

- Definir la meta de cobertura para las capacitaciones en temas de aspectos e impactos ambientales y si se considera pertinente, establecer indicador de cobertura.
- Incluir en las matrices de aspectos e impactos ambientales, controles ejecutados por clientes internos de otras áreas diferentes al área de gestión ambiental y que generan impactos ambientales con el fin de involucrarlos y responsabilizarlos en la gestión ambiental.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Oficina de Control Interno socializó al equipo referente de Seguridad del Paciente, los roles y responsabilidades como Segunda Línea de Defensa y realizó seguimiento en el tema de gestión de seguridad del paciente evidenciando lo siguiente: La líder de seguridad del paciente del Instituto realiza capacitación desde el año 2022, en temas como la política de seguridad del paciente, programa, líneas de acción, paquetes instruccionales, definiciones, Protocolo de Londres, comunicación de eventos a usuarios, indicadores, comportamiento de eventos e incidentes. Se evidenció soporte de capacitación en 15 Áreas.

No se cuenta con cronograma ni meta de cobertura. De igual manera en la Feria de Acreditación se socializó el Programa de Seguridad del Paciente. Por otra parte, se ha trabajado en el módulo de inducción de docencia para los estudiantes en lo relacionado con el contenido del tema de seguridad del paciente.

El equipo de seguridad del paciente participa en las mesas de trabajo convocadas por Planeación para actualizar riesgos de seguridad del paciente. La Oficina Asesora de Calidad realiza monitoreo mediante los indicadores de seguridad del paciente, en matriz de indicadores semaforizada. En el evento de presentarse algún indicador en rojo se realizan mesas de trabajo para su análisis y definición de planes de mejora.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 13 de 16	

De igual manera, Asesoría de Calidad participa en el análisis de eventos centinelas y eventos o incidentes adversos de alto impacto y se aprueban los eventos clasificados como prevenibles, no se cuenta con medición de cobertura de esta actividad. Se está trabajando en la mejora del módulo de SIAPINC para análisis de eventos adversos. Se está aplicando como piloto lista de chequeo de verificación de gestión de eventos, para revisar análisis de eventos e incidentes de manera aleatoria.

Asesoría de Calidad realiza rondas de seguridad con Enfermería en Hospitalización, GAICA y UCI para identificar riesgos de comunicación, caídas y lesiones de piel, de igual manera, se realizan otras rondas de seguridad con líderes de los servicios asistenciales con cobertura aproximada del 70%. Se actualizan tableros de seguridad mensualmente en cada servicio en los que se presentan eventos e incidentes.

Cada dos meses se realiza Comité de Seguridad del Paciente, en el cual se presentan los resultados y se definen acciones de mejora. Los resultados también son socializados mediante el Boletín de Calidad, los tableros de seguridad ubicados en los servicios asistenciales y en la Feria de Calidad.

Se dispone de paquetes instruccionales con sus respectivos líderes, quienes hacen seguimiento a los planes de mejora de eventos analizados, igualmente, Asesoría de Calidad realiza seguimiento a planes de mejora de los casos de alto impacto o alta frecuencia.

Recomendaciones específicas:

- Elaborar cronograma de capacitaciones y definir meta de cobertura. Si se considera pertinente establecerse el respectivo indicador.
- Gestionar la actualización el módulo de inducción y reinducción para colaboradores en el tema de seguridad del paciente, incluyendo a tercerizados.
- Fortalecer la cobertura del acompañamiento en los análisis de eventos adversos e incidentes, así como la revisión de los análisis de eventos prevenibles.
- Fortalecer la sistematicidad de las rondas de seguridad.
- Estandarizar y documentar sesiones breves de seguridad.
- Fortalecer las mesas de trabajo con todos los líderes de paquetes instruccionales para generar su empoderamiento.
- Fortalecer el equipo humano de gestiona la seguridad del paciente en el INC, con el objeto de ampliar la cobertura de sus actividades como segunda línea de defensa.

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

La Oficina de Control Interno evidencia que la Oficina de Planeación realiza acompañamiento en la actualización de los mapas de riesgos a la totalidad de los Procedimientos. A octubre de 2023 se actualizaron los mapas de (UFT), (GAC), Docencia y Gestión del Gasto, las cuales se encuentran en aprobación.

En el último trimestre del año se actualizará el resto de los mapas. En relación con las capacitaciones, se realizaron seis sesiones en el primer semestre con una cobertura de 518 personas. Así mismo, se elaboró video explicativo de SARLAFT y SICOF el cual fue proyectado en las parrillas internas de televisión, página web, así como en algunos Equipos Primarios de Mejoramiento con cobertura de aproximadamente 100 personas.

Posterior a las actualizaciones de riesgos se elaboran las piezas graficas por unidad o servicio para colocarlas en carteleras.

Se dispone de cronograma de actividades de riesgos, con cumplimiento de 63% a septiembre de 2023.

Se solicita a los líderes de Proceso Listas de Monitoreo y Seguimiento, quienes reportan información como materialización de riesgos, implementación de controles, planes de mejora, entre otra.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 14 de 16	

Se realiza seguimiento a la autoevaluación por parte de los líderes de Procesos y a materialización de riesgos mediante los indicadores respectivos.

La Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento a los planes de mejora registrados como (PMR), sin embargo, el seguimiento no es sistemático a los planes de mejora que se registran como (PMG) o (PMA).

Recomendaciones específicas:

- Elaborar cronograma de capacitación anual para gestión de riesgos y definir meta de cobertura. Si se considera pertinente, establecer el respectivo indicador.
- Realizar seguimiento sistemático al cumplimiento de los planes de mejora relacionados con riesgos.
- Fortalecer la supervisión a las prácticas de gestión de riesgo eficaces y efectivas por parte de la Primera Línea de Defensa, por ejemplo, mediante la validación sistemática de las listas de seguimiento y monitoreo. (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.)
- 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.
- Fortalecer 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 la Oficina de Control Interno evidenció importante nivel de desarrollo y madurez de la administración del riesgo en el Instituto, dado por el avance en la apropiación de la administración del riesgo por parte de los líderes de Procesos/Procedimientos, observada en el ajuste progresivo en la definición de riesgos y controles, el adelanto en las actividades de autoevaluación de la gestión de sus riesgos, así como la evaluación de los riesgos materializados.

De igual manera, resaltar el avance en la definición y establecimiento de los Subsistemas del Sistema Integrado de la Gestión del riesgo liderada por la Oficina Asesora de Planeación.

Otro aspecto para destacar es la apropiación progresiva de los roles y responsabilidades como Segunda Línea de Defensa en temas específicos como, Seguridad del Paciente, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.

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 observan en el siguiente acápite de este 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 por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Incluir en el Manual para la Gestión del Riesgo Institucional GSI-P07-M-02, las demás Segundas Líneas de Defensa y sus responsabilidades en la Gestión del Riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
		Página 15 de 16	

3. Continuar con el mejoramiento progresivo de la redacción de los riesgos atendiendo las recomendaciones de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Lo que puede ocurrir, es decir “la posibilidad de”, ¿cómo? y ¿por qué?)
4. Continuar con el mejoramiento progresivo de la redacción de los controles de los riesgos atendiendo las recomendaciones de la Guía para la Administración del Riesgo y el 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. Articular los controles de los riesgos con los controles de los procedimientos, con el fin de no duplicar acciones de control y hacerlas más eficientes.
6. Documentar para cada uno de los riesgos, en los respectivos mapas de cada Proceso, el mecanismo o manera mediante la cual se identifica su materialización, de tal forma que se asegure su objetividad y sistematicidad. Esto, aplica para todos los riesgos, en especial para los riesgos de (SICOF).
7. Continuar con el fortalecimiento en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales de los diferentes grupos, desarrollando y documentando en las respectivas actas, los siguientes puntos con relación al seguimiento a la gestión de los riesgos:
 - Seguimiento a la materialización de riesgos.
 - Seguimiento a la definición y cierre de acciones de mejora derivadas del análisis de los riesgos materializados o de acciones para fortalecer los controles según el mapa.
 - Seguimiento a la implementación de los controles de los riesgos, definidos en el mapa.
 - Identificación de alertas tempranas con el fin de evitar la materialización de los riesgos.
8. Fortalecer el seguimiento al desarrollo de los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) en el Instituto por parte de la Oficina Asesora de Calidad, en el sentido de verificar que se incluya de manera efectiva el seguimiento a la Gestión del Riesgo, para lo que se sugiere lo mencionado en el punto anterior de estas recomendaciones.
9. Continuar con el mejoramiento en el diligenciamiento de las listas de monitoreo y seguimiento que se remite a la Oficina de Planeación de manera trimestral, apoyado por la actividad mensual de seguimiento que se realiza en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) de los Grupos Área.
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 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.
12. Reportar, por parte de la primera línea, a la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno Disciplinario cuando se materialice un riesgo de corrupción. De igual manera, la Oficina de Planeación deberá reportar la materialización de dichos riesgos a la Oficina de Control Interno Disciplinario para garantizar su investigación.
13. Implementar la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, en especial lo relacionado con el análisis del RIESGO FISCAL.
14. Continuar con el desarrollo de los Subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
15. Definir e implementar planes de mejoramiento en SIAPINC, mediante acciones efectivas para tratar la materialización del riesgo o para fortalecer los controles débiles identificados en los mapas de riesgos de los Procesos/Procedimientos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-04-2023
Página 16 de 16			

Elaborado por: Angela Constanza Romero Infante Médico Especialista Oficina de Control Interno 	Aprobado por: Buenaventura Orduy Burgos. Jefe Oficina Control Interno INC <<Firma>>
--	---

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	31-12-2016	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	28-06-2019	Se realiza la revisión del documento, se actualiza por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina
3	28-04-2023	El documento no presenta cambios en su contenido y estructura, se requiere actualizar por vencimiento de la vigencia.	Xiomara Faizuly Rubiano Aguilar

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

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:	25-04-2023	Fecha:	28-04-2023	Fecha:	28-04-2023