

	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 1 de 13			

Fecha Informe:	10 de diciembre de 2024	Fecha de seguimiento	septiembre-noviembre de 2024
Proceso/Procedimiento Auditado	Se realizó seguimiento al Sistema de Administración del Riesgo mediante evaluación a la gestión de los Subsistemas de Riesgos en salud, Operacionales, Liquidez, Mercado de Capitales, Actuariales, Crédito, Fiscal, Seguridad de la Información, Gestión ambiental, Seguridad y Salud en el trabajo, Investigaciones y salud pública.		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar evaluación independiente mediante seguimiento a la implementación y control del Sistema de Gestión del Riesgo, partiendo del liderazgo de los Subsistemas establecidos en la Política de Gestión del Riesgo, Resolución 820 de 2024.		
Alcance del seguimiento:	El alcance del presente seguimiento es la evaluación del Sistema de la Gestión del Riesgo en el INC en lo relacionado con las responsabilidades establecidas en las diferentes directrices normativas internas y externas para los subsistemas de administración del riesgo como segundas líneas de defensa.		
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, Resolución 820 de 2024 Política de Gestión del Riesgo del Instituto, GSI-P07- Procedimiento para Gestión del Riesgo y la Circular Externa 20211700000004-5 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud en lo relacionado los subsistemas de administración de riesgos.		
Metodología empleada:	- Identificación de los Subsistemas de la gestión del riesgo en el INC, de acuerdo con la Política de Gestión de Riesgos del INC. - Revisión de 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, Resolución 820 de 2024 Política de Gestión del Riesgo del Instituto, GSI-P07- Procedimiento para Gestión del Riesgo y la Circular Externa 20211700000004-5 - Realización de reuniones con los líderes de los subsistemas y la Oficina Asesora de Planeación - Reunión de cierre en cada mesa de trabajo con el fin de socializar conclusiones y recomendaciones. - Elaboración 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 mediante la verificación de roles y responsabilidades de los Subsistemas enunciados en la Resolución 820 de 2024 Política de Gestión del Riesgo del Instituto.

	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 2 de 13	

CONTEXTO NORMATIVO

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 Segunda Línea de Defensa, entre otras, mediante 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 820 de 2024, 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 Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), 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 la segunda Línea de Defensa objeto del presente seguimiento, así:

“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 la segunda Línea de Defensa, las siguientes responsabilidades:

“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.”

La **Circular Externa 20211700000004-5** emitida por la Superintendencia Nacional de Salud establece en su Capítulo II-I los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de riesgos y sus Subsistemas, mencionando que se deberán contemplar como mínimo los siguientes riesgos priorizados y sus respectivos subsistemas:

1. Riesgo en Salud
2. Riesgo Operacional
3. Riesgo Actuarial
4. Riesgo de Crédito
5. Riesgo de Liquidez
6. Riesgo de Mercado de Capitales

	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 3 de 13	

7. Riesgo de Grupo
8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Para gestionar los riesgos anteriores, el INC definió los siguientes Subsistemas en la Política de Gestión del Riesgo, mediante la Resolución 820 de 2024:

- Subsistema de Riesgos en Salud
- Subsistema de Riesgos de Gestión u Operacionales
- Subsistema de Riesgo de Liquidez
- Subsistema de Riesgo de Mercado de Capitales
- Subsistema de Riesgo Actuarial
- Subsistema de Riesgo de Crédito
- Subsistema de Riesgo Fiscal
- Subsistema de Riesgos de Seguridad de la información
- Subsistema de Riesgos de investigación y salud pública
- Subsistema de SARLAFT PADM
- Subsistema de SICOF

El sistema de riesgos de seguridad y salud en el trabajo; y el subsistema de riesgos ambientales, se encuentran definidos dentro del modelo de operación de procesos en la mencionada Resolución.

El presente informe contempla el seguimiento de los Subsistemas anteriores con excepción de SARLAFT-PADM y SICOF, a los cuales se les realiza seguimientos independientes.

HALLAZGOS

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

SUBSISTEMA DE RIESGOS EN SALUD

La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder de Seguridad del paciente de la Oficina Asesora de Calidad del INC con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades del Subsistema de Riesgos en Salud encontrando lo siguiente:

- El INC cuenta con una Política de Seguridad del Paciente - Resolución 0631 - 2020, en la cual se establecen los lineamientos generales y se implementa mediante el Programa Integral de Seguridad del Paciente
- Se cuenta con dos mecanismos para el reporte de eventos adversos e incidentes por parte del talento humano del INC, como son SIAPINC y SAP. La Oficina Asesora de Calidad consolida la información en SIAPINC con el fin de direccionar los casos al respectivo líder del procedimiento, quien realiza análisis mediante Protocolo de Londres y clasifica el evento o incidente como evitable o no evitable. Posteriormente la Oficina de Calidad revisa los eventos o incidentes evitables con el fin de garantizar el apropiado análisis y acciones de mejora. Se realiza seguimiento a los planes de mejora que se registran en SIAPINC, no así las que son diligenciadas mediante acta institucional. Cuando los eventos se clasifican como no evitables son evaluados aleatoriamente por la Oficina Asesora de Calidad, quienes han encontrado algunas inconsistencias por lo que solicitan reevaluación de los casos respectivos.
- Los riesgos de seguridad del paciente se encuentran inmersos en los mapas de riesgos del Sistema de Administración del Riesgo en el INC, los cuales son valorados, clasificados y cuentan con definición de

	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 4 de 13	

acciones de control. Los riesgos de seguridad del paciente cuentan con indicadores que permiten su medición y seguimiento.

- Existe en SIAPINC, el indicador Porcentaje de adherencia de los paquetes instruccionales el cual se mide por el cumplimiento de los indicadores relacionados para cada uno de ellos, encontrando cumplimiento del 85.11% para el año 2023, el cual fue reportado en enero de 2024. La meta para dicho indicador es el 90%, por lo que está semaforizado en amarillo.

Para su mejoramiento se realiza seguimiento por parte del equipo de seguridad del paciente de la Oficina de Calidad, quienes reportan que de 47 indicadores se registran 40 indicadores que cumplen con la meta. Los indicadores que se incumplen son los correspondientes a los paquetes de infecciones, comunicación efectiva y diligenciamiento de consentimiento informado.

- Para la identificación activa de los eventos adversos y otros temas de seguridad del paciente, se realizan rondas semanales por parte de los líderes de los paquetes instruccionales con acompañamiento de calidad en las cuales se evalúan riesgos de seguridad del paciente, registros de historias clínicas y aspectos de comunicación, entre otros. Actualmente se está efectuando un piloto de rondas interdisciplinarias de manera mensual con el fin de evaluar aspectos de seguridad del paciente y humanización en conjunto con las áreas asistenciales, calidad, infraestructura, biomédicos y enfermería, de las cuales se elabora informe.

Recomendaciones específicas:

- Implementar análisis sistemático del sobre costo asistencial por deficiencias en la seguridad del paciente, susceptible de ser objeto de rechazo o glosa para establecer un vínculo entre los riesgos en salud y el riesgo operacional y financiero.
- Contar con un sistema de información único para el mecanismo de reporte y análisis de eventos adversos, que incluya los resultados de las rondas de seguridad, con el fin de tener disponibilidad y confiabilidad de la información y no incurrir en reprocesos que hacen menos eficiente la gestión de la seguridad del paciente.
- Considerar la posibilidad de incluir las acciones de mejora derivadas de rondas y de análisis de casos, en plan de mejora en SIAPINC, con el fin de realizar seguimiento a su cumplimiento.
- Fortalecer el recurso humano de enfermería asignado para la gestión de seguridad del paciente.
- Fortalecer el recurso humano de la Oficina Asesora de Calidad asignado a la gestión de seguridad del paciente.

SUBSISTEMA DE RIESGOS DE GESTIÓN U OPERACIONALES

La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con la Líder de la Gestión del Riesgo del INC de la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades del Subsistema de Riesgos de Gestión u Operacionales evidenciando lo siguiente:

- Se cuenta con una Política de Gestión del Riesgo, Resolución 820 de 2024, mediante la cual se dan los lineamientos generales de la administración del riesgo en el INC. Dicha Política se implementó mediante el Manual para la Gestión del Riesgo Institucional del 30-12-2019.
- A partir del año 2024 se está utilizando un software para la administración del riesgo denominado “SIGERINC”, en el cual se actualizan los mapas de riesgos de los 14 procesos institucionales.

	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 13	

En dicho software igualmente se encuentra la información sobre la valoración de riesgos definidos para los subsistemas establecidos en la Política institucional de gestión del riesgo. Actualmente se están definiendo los controles para los riesgos de los subsistemas.

De igual manera mediante el software se realiza autoevaluación de la gestión por la primera línea de defensa y seguimiento y monitoreo por parte de la segunda y tercera.

- También existen indicadores por cada proceso como son:
 - Porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos
 - Porcentaje de riesgos materializados
 - Actualización del mapa de riesgos, a los que se realiza seguimiento en los EPM respectivos.
- Se cuenta con un cronograma en el plan general de gestión del riesgo de fecha 22 de marzo de 2024, donde se encuentran las actividades para cada actor, incluyendo la segunda línea de defensa, al cual se realiza seguimiento en la reunión de Eje de riesgo.
- Se encuentra que se han realizado las actividades con excepción de la actualización de la cartilla de riesgos, la cual está se elaborará en el 2025.
- De manera trimestral se diligencia por parte de la primera línea de defensa la lista de seguimiento y monitoreo, la cual es remitida a la Oficina Asesora de Planeación, quien realiza seguimiento y reporta el indicador. En caso de encontrar alguna inconsistencia o por solicitud de algún líder, se realiza mesa de trabajo por parte de la Oficina de Planeación. De igual manera, la primera línea reporta los riesgos que se han materializado, realizando análisis y definiendo acciones de mejora.
- Se cuenta con líderes para los Subsistemas quienes gestionan su implementación, con excepción del Subsistema de Riesgo Fiscal.

Recomendaciones específicas:

- Realizar seguimiento sistemático a la implementación de los controles de la primera línea de defensa, por parte de los líderes de los Subsistemas.
- Actualizar el Manual para la Gestión del Riesgo Institucional.
- Actualizar el Plan Integral de Gestión de Riesgos con el objeto de que sea concordante con la Política de Gestión del Riesgo, Resolución 820 de 2024, en especial en lo relacionado con los Subsistemas definidos.
- Continuar con la definición de los controles para los riesgos establecidos en los Subsistemas.
- Continuar con la implementación del cronograma del Plan Integral de Gestión de Riesgos, en especial con la Cartilla de gestión de riesgos, así como su seguimiento sistemático en la reunión del Eje de Riesgos.

SUBSISTEMA DE RIESGOS AMBIENTALES

	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 13	

La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Grupo de Gestión Ambiental y Soporte Hotelero con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades como Segunda Línea de Defensa y líder del Subsistema para los Riesgos Ambientales y realizó seguimiento el tema evidenciando lo siguiente:

- Se ha realizado capacitación en el tema de manejo adecuado de residuos a la asociación de recicladores, vendedores ambulantes y restaurantes del área de influencia del INC. Se realizó contacto con la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá quienes realizaron capacitaciones puesto a puesto en el INC. De igual manera, el aliado estratégico Familia realizó capacitación a algunas áreas administrativas en lo relacionado con el uso adecuado de papel y se realizó reunión con Promoambiental para la socialización del problema de residuos alrededor del INC.
- Se hicieron capacitaciones a familiares y pacientes para el manejo de cortopunzantes y medicamentos de uso domiciliario.
- En relación con las capacitaciones efectuadas a la primera línea de defensa, se realizaron a todos los turnos asistenciales de GAICA con una cobertura de 41 funcionarios y en Salas de cirugía a 28 funcionarios en el tema de manejo de residuos cortopunzantes.
- Como actividad de responsabilidad social, se incluyó en el POA la medición y compensación de huella de carbono, generada en el INC por el uso de gas, ACPM, anestésicos, electricidad y gasolina. El mecanismo de compensación es la reforestación mediante la compra de bonos de reducción de huella de carbono.
- El área de Soporte hotelero y Gestión ambiental hace rondas aleatorias semanales a los servicios asistenciales, de revisión de segregación, reportando in situ cuando se encuentran errores en el manejo de los residuos con copia al correo electrónico para generar acciones de mejora.
- Con relación a las recomendaciones del informe anterior se realizó sensibilización con la empresa tercerizada Servinutrir y como tarea de responsabilidad social se estableció como una acción de mejora el cambio de loza de icopor por material desechable. Así mismo se definió otra mejora por parte del aliado estratégico de lavandería que consiste en el cambio de bolsas de plástico por bolsas de tela para la ropa.
- Se cuenta con un software para la gestión del riesgo, en el cual se están definiendo los parámetros para la valoración de los riesgos ambientales.

Recomendaciones específicas:

- Implementar mecanismos para que las áreas asistenciales y administrativas, que cuenten con mayores impactos ambientales negativos, generen cultura de autocontrol, lo que podría ser mediante la inclusión de controles por parte de dichas áreas en las matrices de aspectos ambientales con el fin de involucrarlos y responsabilizarlos en la gestión ambiental.
- Definir la meta de cobertura para las capacitaciones en temas de aspectos e impactos ambientales para cliente interno y si se considera pertinente, establecer un indicador de cobertura.
- Continuar con la parametrización de controles para los riesgos ambientales en el nuevo software para la gestión del riesgo

SUBSISTEMAS DE RIESGOS DE LIQUIDEZ Y MERCADO DE CAPITALES

	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 13	

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con la Coordinación de Tesorería e Inversiones, con el fin de realizar seguimiento a los riesgos de liquidez y mercado de capitales, encontrando lo siguiente:

1. RIESGO DE LIQUIDEZ

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez se dispone de información por vigencia mediante el seguimiento al flujo de caja mes a mes, con el fin de identificar la liquidez acumulada al final del año de acuerdo con el presupuesto. Con el objeto de identificar descalces en distintos horizontes de tiempo y realizar un análisis de liquidez que permita crear señales de alerta temprana y acciones oportunas, desde julio se inició la implementación de pruebas de estrés relacionadas con tasas de interés, recaudo con las ERP más grandes, las cuales se presentaron en el EPM de julio. Se reporta el archivo tipo FT018 a la Superintendencia Nacional de Salud para la medición y seguimiento de la posición de liquidez del INC.

El riesgo de liquidez no se ha materializado y se han realizado acciones preventivas como, por ejemplo, la ampliación del número de bancos con los que se tienen cuentas, seguimiento a la liquidez para asegurar prestación desde el ciclo de ingreso, evaluación a la gestión de cartera, cuentas por pagar, ejecución del presupuesto, descuentos por pronto pago. Se realizará prueba de estrés a los egresos. De igual manera se proyecta movimientos de entradas y salidas futuras incluyendo los títulos TES con los que cuenta el INC.

El INC cuenta con procesos y sistemas de información que permiten la identificación y gestión del recaudo, ingresos y egresos, registro de costos, pagos oportunos de las obligaciones y la radicación oportuna de facturas.

Los aspectos relacionados con adecuada recuperación de cartera y adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero se analizarán en los apartes de seguimiento a los riesgos de crédito y de mercado de capitales del presente informe.

Se cuenta con un software para la gestión del riesgo, en el cual se están definiendo los parámetros para la valoración del riesgo de liquidez.

2. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES

Para la identificación del riesgo de mercado de capitales el INC ha definido como factores de pueden generar exposición al riesgo como por ejemplo las tasas de interés, precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.

También se ha identificado cuales son los activos expuestos a la volatilidad de dichas variables como son los Títulos de deuda pública, depreciación o deterioro de bienes inmuebles y contratación en moneda extranjera.

Con el fin de mitigar la exposición al riesgo se han realizado acciones como, por ejemplo:

- Para manejar un poco las tasas de cambio, los pagos en moneda extranjera se realizan en la medida de lo posible cuando la TRM se encuentra baja.
- Se realiza análisis de depreciación de equipos.
- Se establecen techos en los contratos realizados en moneda extranjera.
- Se toman decisiones en Comité Directivo en lo relacionado con la adquisición de TES de acuerdo con la liquidez.

Se cuenta con un software para la gestión del riesgo, en el cual se están definiendo los parámetros para la valoración del riesgo de mercado de capitales.

Recomendaciones específicas:

- Considerar la posibilidad de establecer factores de riesgo para la ocurrencia de catástrofes que generen pérdida de inmuebles con el fin de definir acciones para su mitigación.
- Continuar con la parametrización de controles para los riesgos de liquidez y de mercado de capitales en el nuevo software para la gestión del riesgo.

	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 8 de 13			

SUBSISTEMA DE RIESGO DE CRÉDITO

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del Riesgo de Crédito mediante reunión en la cual asistieron las áreas de Cartera, como líder del Subsistema del riesgo, Tesorería, Contabilidad, Facturación, Mercadeo y el aliado estratégico de gestión de cartera, encontrando lo siguiente:

- Para la gestión del riesgo de crédito se realiza evaluación de riesgo por contraparte para lo que se cuenta con Manual de cartera en el cual se establecen los procedimientos de cobro coactivo, asistencia a audiencias de negociación en la Supersalud para establecer compromisos de pagos y para depurar la cartera, igualmente, lineamientos para la evaluación de los riesgos. También se realiza reporte de deudores morosos en el boletín semestral por Empresa Responsable de Pago y por régimen, para las entidades que tienen deuda de más de 180 días y 6.5 millones de pesos. En el comité de cartera se hace seguimiento de manera individual de las que representan mayor riesgo y las que están en intervención. Se realiza cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito para reflejar las potenciales pérdidas por el incumplimiento de las contrapartes, mediante un lineamiento para cartera donde se encuentra el cálculo del deterioro de las cuentas por cobrar, el cual se encuentra en el Manual de políticas contables.
- Se realiza gestión de glosas mediante la definición de un Plan que incluye actividades como auditoría presencial con el líder del tercerizado y informe mensual de glosa, devolución y conciliaciones. Dicho Plan de gestión de glosas se ha cumplido, de acuerdo con los resultados de los indicadores como son Porcentaje de glosa respondida dentro de términos con un estándar de 70% y medición del último trimestre en 83.58 %, Porcentaje de glosa definitiva con un estándar de 3% y última medición del 1.1%, Porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación con un estándar de 95% y última medición 146.4%, Porcentaje mensual de cumplimiento de las metas de radicación de facturación con un estándar de 80% y última medición de 99.17%.

El Porcentaje de glosa recibida con un estándar de 15%, en el último mes fue de 19.49%, siendo las causas más frecuentes errores en la prescripción de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios; ID de dispensación del Mipres, no registro de causal de no entrega en Mipres ambulatorios, Diferencias en los códigos CUMS, por soportes no adjuntos en la radicación inicial de las facturas, para lo que se continúa con el plan de intervención de glosa, socializando a las áreas asistenciales la glosa por errores y su costo.

- Para la identificación del riesgo de crédito se realizan acciones como el reporte de los movimientos de cuentas bancarias a cartera de manera mensual para hacer los respectivos cruces y medir con respecto a las metas de recaudo como soporte del informe de ingresos. En el riesgo de valores de capitales se toman en cuenta los Títulos TES.
- Con el fin de evaluar y medir el riesgo de crédito, se realiza seguimiento a la probabilidad de incumplimiento de los deudores por parte de las áreas de Mercadeo y Cartera mediante el análisis de las ERP, de acuerdo con criterios como la intervención que pueda generar obstáculos para el pago de lo convenido.

De igual manera, se presenta al área de Gestión del Gasto información por cada ERP en lo relacionado con el estado de los contratos y de las carteras para evaluar el riesgo de recuperación de cartera. Dicha información se analiza igualmente en el Comité Comercial para presentar viabilidades de contratación de acuerdo con el riesgo.

	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 9 de 13	

El aliado estratégico de cartera elabora un informe mensual que contiene la cartera por edades, por régimen, el top 10 de las ERP con más riesgo de no pago, procesos de cobro coactivo, seguimiento a entidades en intervención, seguimiento a giro directo, comparativo de cartera vs recaudo e indicadores de recaudo mensual, acumulada, factor facturación vs cartera, procesos judiciales, seguimiento a acuerdos de pago, entre otros.

El área de Cartera realiza reuniones con cada deudor para gestionar la cartera y se han efectuado reportes a la Supersalud con relación a las instituciones con mala práctica en el pago de cartera. Adicional a la evaluación individual por deudor, se realiza análisis segmentado por líneas de negocio en el informe de recaudo mensual.

- En lo relacionado con recuperación de cartera, se cuenta con una base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera, lo anterior se encuentra estandarizado en el manual de cartera.
- Se definieron los parámetros para la valoración del riesgo de crédito en el nuevo software que está siendo utilizado para la gestión de riesgos en el INC.

Recomendaciones específicas:

- Realizar acuerdos que se implementen de manera sistemática por las áreas asistenciales, con el fin de evitar los errores y disminuir el porcentaje de glosas iniciales.
- Considerar la posibilidad de definir una clasificación semaforizada para el top 10 de entidades más riesgosas en cuanto a no pago.
- Continuar con la definición de un manual de inversiones
- Continuar con la parametrización de controles para el riesgo de crédito en el nuevo software para la gestión del riesgo.

SUBSISTEMA DE RIESGO ACTUARIAL

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del Riesgo Actuarial mediante reunión en la cual asistió el Coordinador Grupo Área de Gestión Comercial como líder del Subsistema respectivo, encontrando lo siguiente:

- Para la identificación y control de riesgo actuarial se realiza seguimiento a la actividad de las ERP por parte del Grupo área de Mercadeo, en especial las que más riesgo tienen de acuerdo con la información reportada por el Área de Cartera.

Se revisaron las características de cada contrato, disponibilidad presupuestal, morbilidad y población estimada, resoluciones del Instituto, en articulación con la Subdirección administrativa para verificar costo de cada uno de los CUPS, con el fin de establecer una línea de negociación con las entidades. Para la negociación con las ERP se tiene en cuenta la situación actual como por ejemplo las intervenciones, se analiza también conciliación de glosas y facturación desde radicación, glosa inicial, glosa aceptada, sus causas, giro directo y recaudo.

- Se creó el Comité Comercial del INC cuyo acto administrativo se encuentra en revisión, para ser implementado en diciembre de 2024. En dicho comité participan las Subdirecciones y Coordinaciones y

	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 10 de 13	

sus funciones principales serán las de dar lineamientos frente a la cartera, intervenciones, términos de los contratos y decisiones de contratación.

Se están evaluando contratos con algunas entidades públicas, por considerarse con menos riesgo y con mejores tarifas. Por otro lado, se está analizando la capacidad instalada con relación a la oportunidad, teniendo en cuenta las nuevas normas que van a castigar con glosa la falta de oportunidad.

Se solicita a la ERP la población de pacientes, lo que hace parte del contrato en un anexo, se caracteriza la población y se analiza la incidencia y prevalencia por cada uno de los contratos y en el comité de seguimiento del Grupo Área Comercial el cual se realiza de manera quincenal.

- Para los contratos por evento se identifican las actividades, procedimientos y demás necesidades de prestación de servicios, se analizan las tarifas, se incluye la información en cada contrato y en caso necesario se realiza modificación contractual.

En los contratos por PGP, se analiza cada patología oncológica y se identifica el mínimo y máximo de atenciones para cada una con el fin de conocer el costo de cada patología, con el objeto de que en el contrato queden incluidos los excedentes para conciliación y cobro para pago por evento. Actualmente se está adelantando el estudio de Grupos Relacionados de Diagnóstico para mejorar el proceso de contratación, para lo que se está evaluando la calidad del dato y se realizaron dos referenciaciones a instituciones que tienen el proceso adelantado para identificar mejores prácticas al respecto.

- En lo relacionado con pruebas de estrés, se hizo una solicitud a la Supersalud con el fin de realizar una referenciación.

Recomendaciones específicas:

- Establecer el mecanismo para identificar en qué momento se materializa el riesgo actuarial.

SUBSISTEMA DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del Riesgo de Seguridad de la Información, mediante reunión en la cual asistió el Oficial de Cumplimiento de seguridad de la información, encontrando lo siguiente:

- Se está realizando el proceso de contratación para adelantar la construcción del plan de continuidad de negocio, incluyendo el documento de operativización, acompañamiento y pruebas de contingencias. En este sentido el Área de Sistemas apoya el proceso de continuidad de negocio informático y recuperación de desastres informáticos. Se desarrollarán los riesgos de continuidad de negocio de operación, mediante el conocimiento de la institución, definición de impactos, riesgos, escenarios de contingencia y plan de continuidad de negocio operacional.
- Se está implementando en el nuevo software para la gestión del riesgo, la metodología de gestión de activos de información, gestión de reporte de incidentes a CSIRT, gestión de riesgos de seguridad digital, gestión de riesgos de tecnologías de la información y riesgos de continuidad.

En dicho software se personalizó la metodología de MINTIC, asociando los activos de información que le aplican al riesgo. Mediante la herramienta cada proceso puede identificar sus activos de información asignados. En el sistema se encuentran los diez riesgos de seguridad de la información transversales en el INC, los cuales se actualizaron, así como sus controles.

	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 13	

De igual manera se encuentran siete riesgos operacionales con sus respectivos controles y un riesgo de continuidad de negocio de tecnología que incluye la identificación de eventos que pueden afectar la operación considerando las actividades por realizar cuando se presentan las fallas, alternativas de operación y proceso de retorno a la actividad normal. Lo anterior fue actualizado en noviembre de 2024.

Se realizaron capacitaciones del despliegue de la herramienta en las cuales se socializó la identificación de activos de información y definición de controles.

- Se realizó monitoreo diario para cada uno de los riesgos de seguridad de la información para identificar la materialización, así como la implementación de los controles, todo de manera automática y con inteligencia artificial.

SUBSISTEMA DE RIESGOS DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la gestión del Riesgo de Investigación y Salud Pública. Mediante reunión con el Subdirector de Investigaciones y Salud Pública, como líder del Subsistema del Riesgo se revisaron los roles y responsabilidades como segunda línea de defensa encontrando lo siguiente:

- Cada uno de los grupos área de la Subdirección realiza una reunión de Equipo Primario de Mejoramiento de manera mensual en las cuales se identifican los riesgos materializados y se hace seguimiento a la implementación de los controles.
- La Subdirección de Investigaciones y Salud Pública efectúa permanentemente reuniones con el Equipo Primario de Mejoramiento (EPM) con frecuencia trimestral, en las cuales se realiza revisión de las acciones de mejoramiento identificadas para la gestión de los riesgos, así como de los riesgos que se han materializado.

Recomendaciones específicas:

- Incluir los siguientes aspectos en la reunión de EPM de la Subdirección de Investigaciones y Salud Pública, cuando se realiza seguimiento a la gestión del riesgo:
 - Seguimiento a materialización de los riesgos, identificación, análisis y definición de acciones de mejora.
 - Seguimiento a implementación 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, con el objeto de identificar si son suficientes, pertinentes y si se están ejecutando adecuadamente.
- Contar con un sistema de alertas tempranas que de ser identificadas debidamente podrían evitar la materialización de los riesgos.

CONCLUSIONES

	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 12 de 13	

- Se observa el compromiso y gestión de la Oficina de Planeación en la gestión y desarrollo del Sistema de Administración del Riesgo del INC.
- Es de resaltar la apropiación de los líderes de los subsistemas con el fin de gestionar su desarrollo y cumplimiento de las normas.
- Se presentan en el cuerpo del informe los principales hallazgos, así como las recomendaciones específicas para cada uno de los subsistemas.
- No fue posible hacer seguimiento al Subsistema de Riesgos Fiscales teniendo en cuenta que no se ha designado el líder respectivo.

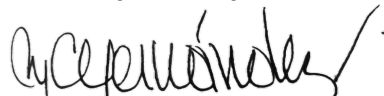
RECOMENDACIONES

1. Es urgente definir el líder para el Subsistema de Riesgos Fiscales, así como los objetivos y actividades que se desarrollarán para la gestión de dicho riesgo. Lo anterior dentro del cumplimiento del Control Interno Fiscal al que se refiere el artículo 3° de la Ley 610 de 2000.
2. Atender las recomendaciones específicas para cada uno de los Subsistemas, las cuales se encuentran en el segmento de hallazgos del presente informe.
3. Continuar con el fortalecimiento en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) mensuales de los diferentes grupos y subsistemas, 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.
4. Definir e implementar planes de mejoramiento en el software SIGERINC, 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.

Elaborado por:


Angela Constanza Romero Infante
 Médico Especialista
 Oficina de Control Interno

Aprobado por:


María Carolina Hernández Villegas
 Jefe Oficina Control Interno INC

	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 13 de 13			

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