

|                |                                                   |           |             |
|----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 28 |                                                   |           |             |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Fecha Informe:                    | 30 de enero de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de seguimiento | Enero 2026 |
| Proceso / Procedimiento auditado: | Evaluación independiente a la Gestión de Riesgos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |            |
| Objetivo general del seguimiento: | Evaluar de manera independiente y objetiva la Gestión del Riesgo en cada uno de los procesos del Instituto Nacional de Cancerología durante la vigencia 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |            |
| Alcance del seguimiento:          | El alcance de este seguimiento es la evaluación independiente y objetiva de la Gestión del Riesgo en el Instituto, así como la adecuada aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo, así como la efectividad y eficacia de los controles implantados por la primera y segunda líneas de defensa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |            |
| Criterios:                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.</li> <li>Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.</li> <li>Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), comprende el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).</li> <li>Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7</li> <li>Circular Externa 20211700000004-5 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud en lo relacionado los subsistemas de administración de riesgos.</li> <li>Manual para la Gestión del Riesgo Institucional (GSI-P07-M-02)</li> <li>Resolución 0820 de 2024 “Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones”</li> </ul> |                      |            |
| Metodología empleada:             | Revisión documental, evidencia física y virtual, Entrevista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |            |
| Responsable del seguimiento:      | Martha Emilia Sánchez, Martha Patricia Quintero, German Andrés Salamanca y Liliana Isabel Boude.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>HALLAZGOS</b></p> <p>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 mediante la verificación del cumplimiento de los roles y responsabilidades de las líneas de defensa, desde la perspectiva del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Versión 6 del 2024, la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7, y en la Resolución 0820 de 2024 que actualizó la Política de Gestión del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto Nacional de Cancerología.</p> <p><b>CONTEXTO NORMATIVO:</b></p> <p><b>El Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)</b>, en su versión 6 de marzo de 2024, con respecto a la gestión del riesgo, establece en la 7ª dimensión los roles y responsabilidades para la primera y segunda línea de defensa objeto del presente seguimiento, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La <b>Primera Línea de Defensa</b>, corresponde a los servidores en sus diferentes niveles, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad, y se encarga de 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.</li> <li>La <b>Segunda Línea de Defensa</b>, está conformada por servidores que ocupan cargos del nivel directivo o asesor (media o alta gerencia), quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                   |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 2 de 28                                                                    |                                                   |           |              |

entidad y rinden cuentas ante la Alta Dirección. 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. Tiene la responsabilidad de:

- 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; ii) planes de mejoramiento; iii) indicadores de gestión; iv) procesos y procedimientos.

La **Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas**, en su versión 7 de 2025 actualiza la metodología para la gestión integral del riesgo:

- Establece los elementos de articulación para una efectiva gestión del riesgo, en desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Desarrolla el esquema metodológico propuesto, desde el fortalecimiento de una cultura orientada a la gestión del riesgo y control, desarrollo y mejora de la plataforma estratégica y los modelos de operación por procesos.
- Explica y sustenta el análisis de niveles de madurez para la gestión del riesgo.
- Determina los aspectos mínimos a incluir en la estructura de la política para la gestión integral del riesgo.
- Define los lineamientos y metodologías aplicables para la gestión de incluyendo en esta los lineamientos para la identificación, descripción y tratamiento de los riesgos de gestión, fiscales, de seguridad de la información, para la integridad pública, de salud, así como la descripción y valoración de los controles.
- Establece el seguimiento, monitoreo y revisión en el marco del esquema de líneas de defensa del Modelo Estándar de Control Interno – MECI a través de indicadores clave de riesgos.

La **Circular Externa 2021170000004-5** 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
7. Riesgo de Grupo
8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Para efectos de la implementación del sistema integrado de gestión de riesgos, establece que, como mínimo se debe tener en cuenta para cada uno de los subsistemas como etapas del ciclo general de gestión del riesgo la identificación de riesgos, la evaluación y medición de riesgos, la selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos, y el seguimiento y monitoreo.

Establece que las entidades deben adoptar, las políticas o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna, y que las políticas de gestión de riesgos deben ser revisadas como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de cada entidad y a las del mercado.

|                                                                                   |                                                   |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 28                                                                    |                                                   |           |             |

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN IDENTIFICADA

En primera instancia, para el desarrollo de la evaluación independiente de la gestión del riesgo por parte de los profesionales de la Oficina de Control Interno, se procedió a la identificación de la información disponible en la página web del Instituto Nacional de Cancerología - INC, así como en la plataforma del Sistema de Información de Apoyo a los Procesos del Instituto Nacional de Cancerología -SIAPINC, evidenciando la publicación de los documentos del proceso así:

- **Resolución 0820 de 2024** del 18 de octubre de 2024, en la cual se actualiza la política de gestión del riesgo del INC. En esta se establece que la gestión del riesgo está orientada al control del riesgo por proceso y en cada uno de los subsistemas que lo conforman:
- Subsistema de Riesgos en Salud (de la atención 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, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención
- Subsistema de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM
- Subsistema de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF- S (Incluye lineamientos de Transparencia y Ética empresarial).

El sistema de riesgos de seguridad y salud en el trabajo y subsistema de riesgos ambientales, se encuentran definidos dentro del modelo de operación de procesos en la mencionada Resolución, indicando que toda vez que tienen su propia normatividad, se aplicará para estos la metodología específica para ellos.

En cuanto a los roles y responsabilidades de las líneas de defensa, la política refiere:

- **Primera línea de Defensa:** Conformada por los líderes o responsables de proceso y sus equipos de trabajo, son responsables de la gestión, seguimiento y monitoreo permanente de sus riesgos, así como de la ejecución y mantenimiento efectivo de los controles establecidos, por consiguiente, identifican, evalúan, controlan y mitigan los riesgos, son, además, responsables de la implementación de acciones correctivas para hacer frente a deficiencias de proceso y de los controles.
- **Segunda línea de Defensa:** Conformada por la Oficina asesora de Planeación quien lidera el sistema integral de riesgos y por los líderes de los diferentes subsistemas y grupos de riesgos institucionales, son responsables de ejecutar las tareas de supervisión de los controles establecidos y el cumplimiento de políticas y estándares definidos por la institución, proporcionando apoyo a los responsables de la primera línea, en la definición del sistema de control de riesgos, y el cumplimiento de la normatividad aplicable, así como políticas y estándares internos, es responsable de construir la información generada por los procesos y reporta a la alta dirección y línea estratégica.
- **Manual para la Gestión del Riesgo Institucional** del 13 de enero de 2025, cuyo objetivo es establecer las directrices que deben seguir todos los procesos del Instituto Nacional de Cancerología, para implementar el sistema de gestión basado en riesgos, y abarca la metodología institucional para la identificación, valoración, análisis, evaluación, monitoreo, seguimiento, comunicación y consulta de los riesgos de los procesos y de los diferentes subsistemas que componen el Sistema Integral de Riesgos del INC.  
El Manual establece que la gestión de riesgos en el INC se realizará por proceso, y que el producto final será un mapa de riesgos por proceso, uno de cada proceso y un mapa institucional del INC. Así mismo, tal como

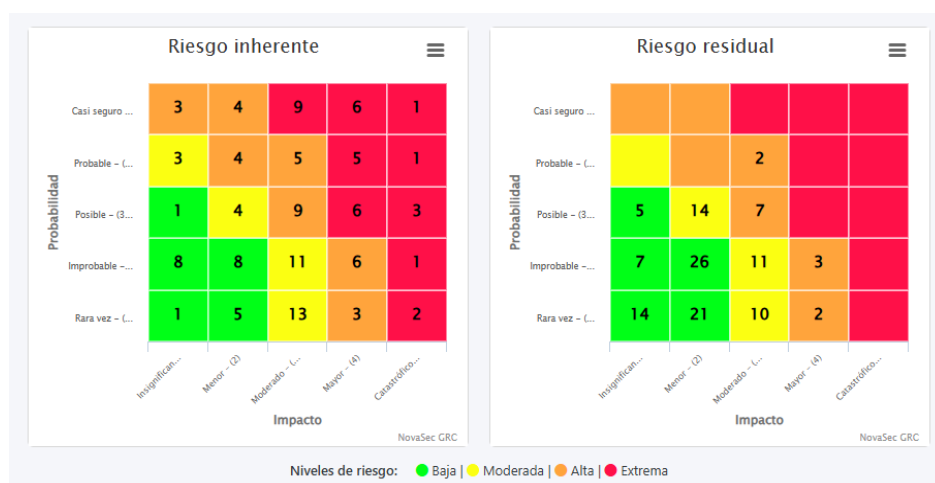
|                |                                                   |           |             |
|----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | CÓDIGO:   | GS-P10-F-12 |
|        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

lo establece la Resolución 0820, se establecen los subsistemas que componen el Sistema de Gestión del Riesgo, y los roles y responsabilidades de las líneas de defensa.

Con respecto al Monitoreo y seguimiento, el manual establece que el líder del proceso, en conjunto con sus equipos de trabajo deben monitorear y revisar cada 3 meses como mínimo los riesgos de su proceso y la efectividad de los controles establecidos y de ser necesario ajustarlos, y en caso de que se materialice un riesgo debe realizar los ajustes necesarios, la oficina de planeación realizará verificación de monitoreo de riesgos por parte de la primera línea de defensa, además presentará de manera anual informe de la gestión integral del riesgo.

- **Mapa de Riesgos del INC 2025**, tal como lo refieren la Política y el Manual, la revisión del contenido de la matriz de riesgos institucional se realizará como mínimo una vez al año o cuando las circunstancias lo ameriten, a partir de modificaciones, cambios sustanciales en el contexto o cualquier hecho sobreviviente externo o interno que afecte la operación del proceso o de la entidad.  
Consultada la información publicada en la página web del INC, se evidencia la publicación del Mapa de gestión de riesgos 2025 en el que se describen 121 riesgos identificados, en 14 procesos, y 11 subsistemas.

De los 121 riesgos identificados, 70 presentaban un nivel de riesgo residual bajo, 35 un nivel de riesgo residual moderado y 14 un nivel de riesgo residual alto

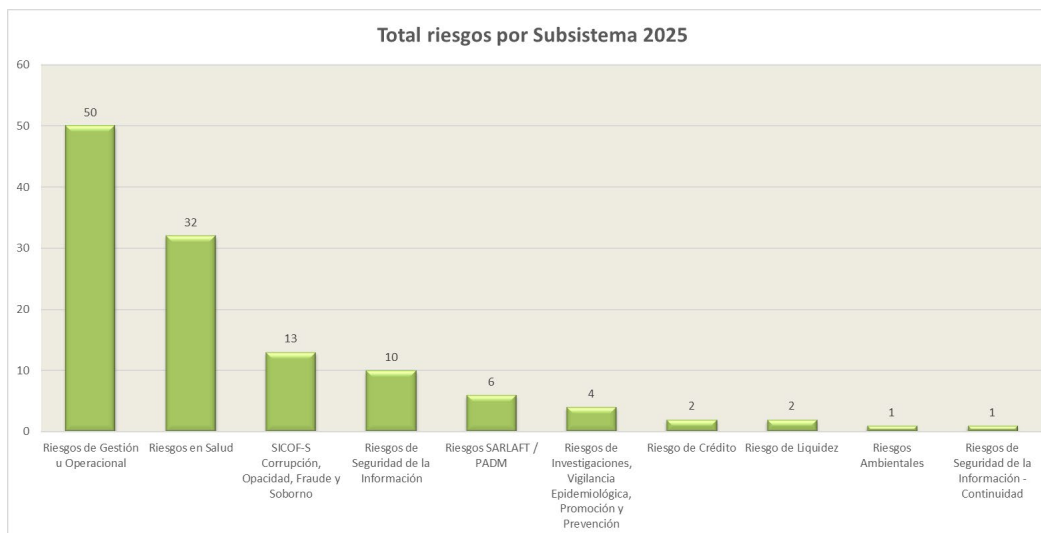


La distribución de los Riesgos por Subsistema para la vigencia 2025 era:

| SUBSISTEMA                                                                    | TOTAL RIESGOS |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| RIESGOS DE GESTIÓN U OPERACIONAL                                              | 50            |
| RIESGOS EN SALUD                                                              | 32            |
| SICOF-S CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO                                | 13            |
| RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN                                        | 10            |
| RIESGOS SARLAFT / PADM                                                        | 6             |
| RIESGOS DE INVESTIGACIONES, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | 4             |
| RIESGO DE CRÉDITO                                                             | 2             |
| RIESGO DE LIQUIDEZ                                                            | 2             |
| RIESGOS AMBIENTALES                                                           | 1             |
| RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - CONTINUIDAD                          | 1             |
| <b>Total general</b>                                                          | <b>121</b>    |

Fuente: Construcción propia a partir de la información del Mapa de gestión de riesgos 2025

|                |                                                   |           |             |
|----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 5 de 28 |                                                   |           |             |



Fuente: Construcción propia a partir de la información del Mapa de gestión de riesgos 2025

La distribución de los riesgos por proceso para la vigencia 2025 era:

| PROCESO                                         | TOTAL RIESGOS |
|-------------------------------------------------|---------------|
| GESTIÓN DEL GASTO                               | 26            |
| GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN           | 18            |
| UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO             | 18            |
| GESTIÓN APOYO CLÍNICO                           | 13            |
| GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | 7             |
| GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO         | 7             |
| DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN                    | 5             |
| DOCENCIA                                        | 5             |
| INVESTIGACIONES                                 | 5             |
| GESTIÓN CONTABLE                                | 4             |
| GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL                   | 4             |
| GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL  | 4             |
| SALUD PÚBLICA                                   | 3             |
| GESTIÓN COMERCIAL                               | 2             |
| <b>Total, general</b>                           | <b>121</b>    |

Fuente: Construcción propia a partir de la información del Mapa de gestión de riesgos 2025



|                                                                                   |                                                   |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 6 de 28                                                                    |                                                   |           |             |

Fuente: Mapa de gestión de riesgos 2025- [https://www.cancer.gov.co/recursos\\_user/Gesti%C3%B3n\\_del\\_Riesgo/Mapa\\_de\\_Riesgos\\_2024-2025.pdf](https://www.cancer.gov.co/recursos_user/Gesti%C3%B3n_del_Riesgo/Mapa_de_Riesgos_2024-2025.pdf)

- **Subsistemas de Riesgos:** Atendiendo a lo referido en la Circular Externa 20211700000004-5 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto a que el Sistema Integrado de Gestión de Riesgo deberá contemplar como mínimo los riesgos priorizados y sus respectivos subsistemas, para el desarrollo del presente informe, se solicitó a la Oficina de Planeación la información correspondiente a los Subsistemas de riesgo de la entidad, y sus respectivos líderes o personas responsables la información que no fue suministrada, toda vez que desde hace varios meses no se cuenta con Gestor del Riesgo del INC por renuncia de la funcionaria que se encargaba del proceso.

No obstante, con referencia a los subsistemas de riesgos establecidos en la Política se tiene:

- **Subsistema de riesgos de gestión u operacional:** El INC 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; esta política se implementa mediante el manual para la gestión del riesgo institucional del 13 de enero de 2025.  
Para la gestión de los riesgos en el INC se cuenta con la plataforma SIGERINC, en el SIAPINC del INC; en este software se actualizan los mapas de riesgos de los 14 procesos institucionales, se encuentra la descripción y la valoración de los 121 riesgos definidos para los subsistemas establecidos en la política de gestión del riesgo, se encuentra descritos los controles para los riesgos de los subsistemas, mediante el software se realiza la autoevaluación de la gestión por la primera línea de defensa y el seguimiento y monitoreo por parte de la segunda línea.  
Para el seguimiento y monitoreo de la primera línea, existe el indicador porcentaje de riesgos materializados, el cual debe ser reportado por el coordinador del proceso mensualmente.  
Para el monitoreo y seguimiento de la segunda línea, de igual manera, se tiene el indicador del porcentaje de cumplimiento de monitoreo y seguimiento de riesgos, trimestralmente 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.  
Para el año 2025 en el Mapa de riesgos se tienen 50 riesgos de gestión u operacional, de los cuales 42 presentaban un nivel de riesgo residual bajo, 7 un nivel de riesgo residual moderado y 1 un nivel de riesgo residual alto.
- **Subsistema de riesgos en salud:** El INC cuenta con una política de seguridad del paciente - Resolución 0631 - 2020, en la cual se establecen los lineamientos generales, la política se implementa mediante el programa integral de seguridad del paciente.  
El reporte de eventos adversos e incidentes por parte del talento humano del INC puede hacerse en SIAPINC o en 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, los riesgos de seguridad del paciente se encuentran inmersos en el mapa de riesgos del sistema de gestión del riesgo del INC, los cuales son valorados, clasificados y cuentan controles definidos para evitar su materialización, o evitar el impacto si se materializan.  
En el sistema de información SIAPINC se cuenta con indicadores que permiten la medición y seguimiento de los riesgos de seguridad del paciente y el indicador de porcentaje de adherencia de los paquetes instruccionales el cual se mide por el cumplimiento de los indicadores relacionados para cada uno de ellos.  
Para el 2025 la Líder de Seguridad del paciente de la Oficina Asesora de Calidad del INC, indica que el INC contaba con 17 paquetes instruccionales, los cuales contaban con 48 indicadores para su seguimiento, con un cumplimiento del 70.59% para el año 2024 (reportado en enero de 2025), y del 89.5% para el año 2025 La meta para dicho indicador es el 90%.



|                                                                                   |                                                   |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 7 de 28                                                                    |                                                   |           |              |

Para el año 2025, en el mapa de riesgos presenta 32 riesgos en salud, de los cuales, 9 presentaban un nivel de riesgo residual bajo, 15 un nivel de riesgo residual moderado y 8 un nivel de riesgo residual alto.

- **Subsistema de Riesgos de Seguridad de la información:** Para la Gestión de los Riesgos de Seguridad de la información, el INC cuenta con la Política de Seguridad y Privacidad de la Información (PSPI) establecida por la Resolución 322 de 2024, en el cual se adopta la norma ISO 27001:2022 como fundamento para actualizar el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), el objetivo general de la política es “Establecer las reglas, lineamientos y principios para proteger la información del Instituto Nacional de Cancerología frente a amenazas y riesgos, garantizando su confidencialidad, integridad y disponibilidad durante todo su ciclo de vida.”

La política de seguridad y privacidad de la información, y el sistema de gestión de seguridad de la información SGSI se implementan mediante: el Plan estratégico de seguridad y privacidad de la información (PESI), en el cual se define el Sistema de gestión de seguridad de la información institucional SGSI, el Plan de riesgos de seguridad y continuidad digital y el Plan de sensibilización y capacitación en seguridad digital y ciberseguridad.

El Instituto Nacional de Cancerología realiza revisiones periódicas al SGSI, enfocadas a la revisión de cumplimiento de la norma ISO 27001, la revisión de indicadores definidos para la Política de seguridad y privacidad y el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, la revisión de avance en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, y la revisión de avance de la Política de Seguridad Digital.

Durante la vigencia 2025, con el propósito de fortalecer el cumplimiento de sus objetivos institucionales y atender los lineamientos establecidos por los entes de control, el Instituto Nacional de Cancerología desarrollo la definición y documentación de la estrategia integral de continuidad de negocio; como parte de esta estrategia, para la presente vigencia se tiene prevista la inclusión de los 5 riesgos de continuidad de negocio identificados en el mapa de riesgos de la entidad. Desde el área de sistemas se apoya el proceso de continuidad de negocio informático y recuperación de desastres informáticos.

Para la gestión de los riesgos institucionales se implementó 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 once (11) riesgos de seguridad de la información transversales en el INC, los cuales se actualizaron, así como sus controles, incluyendo un riesgo de continuidad del negocio.

Se realiza 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.

Para el año 2025, en el mapa de riesgos presenta 11 riesgos de seguridad de la información, de los cuales, 6 presentaban un nivel de riesgo residual bajo, 4 un nivel de riesgo residual moderado y 1 un nivel de riesgo residual alto.

- **Subsistema de Riesgo de Liquidez:** El INC realizó la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez mediante el seguimiento al flujo de caja mes a mes por vigencia, con el fin de identificar el efectivo requerido para el cumplimiento de las obligaciones de pago acumulada al final del año de acuerdo con el presupuesto establecido en el Instituto de manera oportuna, previendo descalces en distintos horizontes de tiempo realizando el de liquidez que permita crear señales de alerta temprana y acciones oportunas.

El riesgo de liquidez no se ha materializado y se han realizado acciones preventivas como, por ejemplo, se hace seguimiento en el Comité financiero 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. De igual manera se proyecta movimientos de entradas y salidas futuras incluyendo los títulos TES con los que cuenta el INC.

|                                                                                   |                                                   |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 8 de 28                                                                    |                                                   |           |              |

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.

Para el año 2025, se contemplaron 2 riesgos de Liquidez uno en la Gestión del Gasto y el otro con la Gestión Comercial

- **Subsistema de Riesgo de Mercado de Capitales:** Dentro de 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: la verificación del registro y control de la capitalización de activos fijos, documentar en el formato establecido para reporte de incidentes realizando la gestión por la asesoría del consultor y se corrige la capitalización, clasificación de materiales, elementos o equipos de cada proyecto como activo fijo o material de consumo de acuerdo con los rubros presupuestales en la transacción ZPPFOI del Plan Anual de Adquisiciones.

Adicionalmente, se realiza análisis de depreciación de equipos, se establecen techos en los contratos realizados en moneda extranjera y en el Comité Directivo se toman decisiones en lo relacionado con la adquisición de TES de acuerdo con la liquidez.

Para el año 2025, en el mapa de riesgos se contempló 1 riesgos en la Gestión del Gasto como riesgo operativo, haciéndose necesario que para la vigencia 2026 se catalogue en el Subsistema de Riesgo de Mercado de Capitales.

- **Subsistema de Riesgo Actuarial:** Para la identificación y control de riesgo actuarial se realiza seguimiento a la actividad de las ERP por parte del Grupo área de Mercadeo, verificando la asistencia técnica con entidades territoriales, actores tanto del sistema de salud y otros sectores, implementación de acciones territoriales en salud pública actores del tanto en sistema de salud y otros sectores.

Adicionalmente 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 lo cual se establecieron 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.

Como parte del seguimiento y monitoreo en el Comité comercial, cuya función principal es las de dar lineamientos frente a la cartera, intervenciones, términos de los contratos y decisiones contractuales.

Para el año 2025, en el mapa de riesgos se contemplaron 7 riesgos, clasificados en otros subsistemas como son: riesgos en salud 3, de investigación 1, de Gestión Operativa 1, riesgo SICOF 1 y riesgo de Liquidez 1, haciéndose necesario que para la vigencia 2026 se cataloguen dentro del Subsistema de Riesgo Actuarial.

- **Subsistema de Riesgo de Crédito:** El INC dentro del riesgo de crédito validó el incumplimiento de las obligaciones los términos acordados, realizando el PAA - Plan Anual de Adquisiciones donde se planea las necesidades institucionales y las posibles fechas de inicio de proceso de selección y de la adjudicación del contrato; así mismo el seguimiento a la ejecución del PAA a través de la gestión del grupo de compras y contratación.

Realiza jornadas de capacitaciones en temas de contratación dirigida a los funcionarios del INC con el objeto de reconocer procedimientos y uso de formatos específicos y temas relacionados con las diferentes responsabilidades frente al desarrollo de la actividad contractual.

A través de Equipos Primarios de Mejoramiento "EPM" se efectúan reuniones mensuales de seguimiento a la gestión de las áreas, allí se ponen en conocimiento los resultados y las dificultades relacionadas con el proceso contractual, se analizan y se toman decisiones.



|                                                                                   |                                                   |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 9 de 28                                                                    |                                                   |           |             |

Para el año 2025, en el mapa de riesgos se contemplaron 2 riesgos, clasificados en otros subsistemas como son: riesgos de liquidez 1 y riesgo SICOF 1, haciéndose necesario que para la vigencia 2026 se cataloguen dentro del Subsistema de Riesgo de Crédito.

- **Subsistema de Riesgos de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención:** Para la identificación, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos, 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, reportando los hallazgos en el indicador Riesgos materializados proceso SPB.

Para el seguimiento y monitoreo a los riesgos del proceso, la Subdirección de Investigaciones y Salud Pública efectúa reunión de Equipo Primario de Mejoramiento de manera 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, trimestralmente el líder del proceso, realiza la autoevaluación de la gestión diligenciando la información de seguimiento como parte del autocontrol y de la etapa de tratamiento a riesgos, se ejecuta con una evaluación donde se valoran las variables definidas, se verifican dichos aspectos que le aportan al líder de proceso y su equipo de trabajo como primera línea de defensa el fortalecimiento de habilidades para que realice de forma independiente su propio monitoreo de los riesgos que están a su cargo.

Para el año 2025, en el mapa de riesgos presenta 4 riesgos de investigación, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención los cuales presentaban un nivel de riesgo residual bajo. Durante la vigencia 2025 se incluyó un nuevo riesgo: "Posibilidad de manipular o alterar los criterios de elegibilidad de participantes en ensayos clínicos".

## HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

En atención a lo establecido en la **Resolución 0820 de 2024**, en la cual se actualiza la **Política de Gestión del Riesgo**, en cuanto a que *"la gestión del riesgo en el INC está orientada al control del riesgo por proceso"*, desde la Oficina de Control Interno se realizó la evaluación correspondiente a la gestión de los riesgos asociados a los procesos misionales y de apoyo de la entidad, a partir de la Información reportada en el Mapa de gestión de riesgos 2025, y el informe de riesgos materializados enviado por la Oficina de Planeación en el que se identifica que para la vigencia 2025 se realizó el reporte de 8 riesgos materializados en los procesos del INC, así:

| Nombre de proceso                     | Descripción del Riesgo Materializado                                                                                                                                  | No. de Veces |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Diagnóstico y Estadificación          | Posibilidad de afectación en el manejo diagnóstico y tratamiento del paciente por incorrecta identificación de pacientes y/o pérdida de las muestras                  | 4            |
| Gestión Apoyo Clínico                 | Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención                                                                                                      | 5            |
|                                       | Sobreocupación de GAICA                                                                                                                                               | 5            |
|                                       | Posibilidad de pérdida de la integridad de la piel del paciente (Úlceras por presión).                                                                                | 10           |
|                                       | Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante infecciones asociadas a la atención en salud                                    | 3            |
| Unidades Funcionales de Tratamiento   | Posibilidad de inicio inoportuno de tratamiento, inadecuada dosis y localización anatómica para realizar radioterapia                                                 | 1            |
|                                       | Incumplimiento de los objetivos establecidos por No garantizar la oportunidad e integralidad en la atención de paciente por parte de Grupo Area de Soporte Oncológico | 7            |
| Gestión de Tecnologías de Información | Posible afectación de servicios y aplicaciones críticas por ataques de cadena de suministro                                                                           | 1            |

Fuente: Construcción propia a partir de la información reportada en el Indicador de Riesgos materializados es SIAPINC

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 10 de 28 |                                                   |           |             |

Para el desarrollo de la evaluación, se realizaron mesas de trabajo con los líderes de cada uno de los procesos misionales y de apoyo del Instituto, en las cuales se aplicó la lista de verificación de seguimiento a la gestión del riesgo, solicitando soporte de la gestión del riesgo y la aplicación de los controles. Esto, con el fin de evaluar el nivel de conocimiento, identificación y seguimiento de los riesgos en cada uno de los procesos de gestión, determinando así los siguientes aspectos:

- **Proceso Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura corresponde a un proceso de apoyo a la gestión de la entidad, tiene identificados 7 riesgos de los cuales 6 son Riesgos de Gestión, y 1 Riesgo SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno:



Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproceso | Proceso                                         | Subsistema                                     | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                                                         | Tipo de Riesgo                                        | Aprobado |
|----------|--------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos de Gestión u Operacional               | 30        | Daño de activos por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica y de apoyo                                                                                                                                | Riesgo de Gestión                                     | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos de Gestión u Operacional               | 26        | Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos por no realizar las obras y mantenimientos institucionales con oportunidad                                                                                  | Riesgo de Gestión                                     | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos de Gestión u Operacional               | 27        | Posibilidad de incumplimiento de los contratos de los proveedores del grupo área de Gestión de tecnología Clínica e Infraestructura (Soporte ambiental y soporte hotelero, infraestructura y gestión de la tecnología clínica) | Riesgo de Gestión                                     | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos de Gestión u Operacional               | 28        | Inadecuado suministro o entrega de productos por diseños incompleto o defectuosos para obras civiles, remodelaciones o adecuaciones.                                                                                           | Riesgo de Gestión                                     | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos de Gestión u Operacional               | 29        | Inadecuada planificación por no adquirir los equipos de tecnología biomédica que satisfacen las necesidades del INC                                                                                                            | Riesgo de Gestión                                     | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | Riesgos Ambientales                            | 89        | Posibilidad de generar impactos negativos en el Medio Ambiente derivado de las actividades realizadas en el INC                                                                                                                | Riesgo Ambiental                                      | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 96        | Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros por favorecer en la contratación, en el no cumplimiento de los términos contractuales y recibir posiblemente una contraprestación a cambio.                             | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí       |

- En SIAPINC no se encuentra reportado para la vigencia 2025 el seguimiento del indicador *riesgos materializados del proceso Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura*, el cual debe ser diligenciado mensualmente por el coordinador del proceso.
- Los controles se encuentran debidamente identificados, especificando el cuándo y el cómo se ejecutan por cada responsable, lo cual se socializa también a los interventores de obra externos a la institución que tienen conocimiento de dichos controles, lo que permite evitar la materialización de estos riesgos.
- El seguimiento a los riesgos y controles se realiza mensualmente en la reunión de los Equipos Primarios de Mejoramiento -EPM, donde se cuenta con un espacio en el que revisan si se ha materializado algún riesgo, y trimestralmente se evalúa si se requiere la identificación de nuevos riesgos.
- El proceso no identifica como situaciones de riesgo la fuga del paciente, los daños a equipos biomédicos y el hecho de no realizar seguimiento a los indicadores de riesgos correspondientes al área.

#### Hallazgos:

- Se evidenció el Incumplimiento en el Reporte y Monitoreo de Indicadores, ya que el indicador de *"Riesgos materializados"* del proceso, no cuenta con reporte en la plataforma SIAPINC para ningún mes en la vigencia 2025, siendo el coordinador del proceso el responsable de registrar mensualmente en SIAPINC la información del indicador, debilitando la eficacia del sistema de gestión de riesgos.

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 11 de 28 |                                                   |           |             |

- Se evidencian discrepancias en la Identificación de Riesgos Materializados, el área afirma que no hubo materialización de riesgos en 2025, entre tanto que se presentaron daños frecuentes en equipos biomédicos la (Alerta de Autocontrol emitida por la Oficina de Control Interno INT-OFI-02530-2025), así mismo se identificó un evento de fuga de paciente que el área no reconoce como riesgo propio, a pesar de haberse generado acciones de mejora por este hecho.
- Se identificó debilidad en la definición del responsable del riesgo asociado, con respecto al riesgo de fuga de pacientes y al riesgo *“Posibilidad de incumplimiento de los contratos de los proveedores del grupo área de Gestión de tecnología Clínica e Infraestructura”*, toda vez que el proceso de Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura considera que dicho riesgo corresponde al área clínica quienes a su vez no ha aceptado responsabilidad del riesgo, lo que denota falta de claridad en la asignación de la responsabilidad del riesgo.

#### Recomendaciones:

- Fortalecer los mecanismos de identificación, análisis y reporte oportuno de la materialización de riesgos, para tal efecto, se sugiere revisar y unificar los criterios para la clasificación de eventos, establecer lineamientos claros sobre cuándo un evento constituye materialización de un riesgo y reforzar el seguimiento periódico a los mismos.
  - Se recomienda a la segunda línea de defensa, definir y formalizar la asignación de la titularidad del riesgo relacionado con el evento de paciente fugado, con base en el análisis del proceso que tenga mayor capacidad de control, mitigación y respuesta frente al riesgo. Dicha definición deberá quedar documentada en la matriz de riesgos institucional y socializada a los procesos involucrados.
  - Evaluar la inclusión formal de los daños a equipos biomédicos como un riesgo materializado, ajustando los controles según las recomendaciones de ICONTEC.
- **Proceso Gestión de Archivo y Documental:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Gestión de Archivo y Documental del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso Gestión de Archivo y documental corresponde a un proceso de apoyo a la gestión de la entidad, con 4 Riesgos de Gestión u Operacional identificados:




Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproceso | Proceso                       | Subsistema                       | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                              | Tipo de Riesgo    | Aprobado |
|----------|--------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL | Riesgos de Gestión u Operacional | 36        | Posibilidad de errores en el cargue de información y documentos digitalizados en los expedientes de historias clínicas (SAP)                                        | Riesgo de Gestión | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL | Riesgos de Gestión u Operacional | 37        | Posibilidad de entrega equivocada de documentos interna y externamente por errores en la captura de información o en la distribución                                | Riesgo de Gestión | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL | Riesgos de Gestión u Operacional | 35        | Posibilidad de pérdida de información privilegiada por extravío o daño de expedientes o unidades documentales físicas entregadas a las áreas en calidad de préstamo | Riesgo de Gestión | Sí       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN DE ARCHIVO DOCUMENTAL | Riesgos de Gestión u Operacional | 38        | Deterioro y pérdida de información por condiciones ambientales en las instalaciones físicas de archivo                                                              | Riesgo de Gestión | Sí       |

- Para el manejo de los riesgos cuenta con el Manual del Sistema Integrado de Conservación, el cual establece lineamientos preventivos orientados a evitar la ocurrencia de daños.

- Los riesgos asociados a este proceso son revisados anualmente en conjunto con la Oficina de Planeación con el fin de actualizar los controles, así mismo el proceso mantiene una base de datos y realiza semanalmente auditorías mediante la revisión aleatoria de historias clínicas, con el propósito de garantizar la actualización y el adecuado manejo de los documentos físicos.
- El monitoreo de los riesgos se hace de manera mensual, identificando si se han materializado riesgos, diligenciando el indicador en SIAPINC. No se tiene la indicación de subir ninguna evidencia del proceso de monitoreo a SIGERINC, pero tienen evidencia de los controles aplicados en Informes que se realizan mensualmente.
- Se elabora anualmente un informe con base en un diagnóstico integral del archivo en el cual se tiene en cuenta la actualización de los controles, así mismo, se dispone de un instructivo que se aplica en caso de presentarse una contingencia.

#### Recomendaciones:

- Considerando la criticidad del proceso se recomienda complementar la revisión anual de los riesgos del proceso con análisis adicionales mediante revisiones intermedias cuando se presenten cambios normativos, tecnológicos u operativos que puedan afectar la gestión documental, considerando la criticidad del proceso y la sensibilidad de la información administrada, especialmente en lo relacionado con historias clínicas.
- Se recomienda mantener actualizados y debidamente documentados los procedimientos asociados a la aplicación de controles y a la atención de contingencias, garantizando su socialización periódica al personal.
- Documentar formalmente las revisiones trimestrales de riesgos dentro de las actas de los EPM, adjuntando las evidencias de efectividad de los controles implementados.

➤ **Proceso Docencia:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Docencia del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:

- El proceso Docencia corresponde a un proceso misional de la entidad, tiene identificados 5 riesgos de los cuales 3 son de Gestión u Operacional, 1 Riesgo SARLAFT / PADM, y 1 Riesgo SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno:




Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | ipo de ges | Macroproces | Proceso                                        | Subsistema | ID Riesgo                                                                                                                                                                                                | Riesgo                                                | Tipo de Riesgo | Aprobado |
|----------|------------|-------------|------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|----------|
| Procesos | MISIONAL   | DOCENCIA    | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 90         | Posibilidad que se cometa fraude en el exámen de conocimientos para ingreso a los programas base de especialidad médico quirúrgica                                                                       | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí             |          |
| Procesos | MISIONAL   | DOCENCIA    | Riesgos de Gestión u Operacional               | 10         | Posibilidad de admitir aspirantes a los programas base de posgrado médico quirúrgico sin el cumplimiento de requisitos                                                                                   | Riesgo de Gestión                                     | Sí             |          |
| Procesos | MISIONAL   | DOCENCIA    | Riesgos de Gestión u Operacional               | 11         | Sobrepasar el número de cupos definidos para rotaciones según capacidad instalada                                                                                                                        | Riesgo de Gestión                                     | Sí             |          |
| Procesos | MISIONAL   | DOCENCIA    | Riesgos de Gestión u Operacional               | 82         | Posibilidad de no realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC                                                                                                 | Riesgo de Gestión                                     | Sí             |          |
| Procesos | MISIONAL   | DOCENCIA    | Riesgos SARLAFT / PADM                         | 14         | Incumplimiento legal por establecer convenios docencia-servicio con instituciones de educación que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo. | Riesgos SARLAFT / PADM                                | Sí             |          |

- Los riesgos se gestionan como lo ha establecido la institución, para la vigencia 2024 se encontraban descritos 8 riesgos para el proceso, en la revisión realizada en 2025 fueron eliminados 3, quedando actualmente 5 riesgos identificados para el proceso.
- El seguimiento de los riesgos y los respectivos controles es realizando por la líder del proceso, quien reporta el indicador mensual en SIAPINC y trimestralmente en la herramienta de SIGERINC, como en su momento fue indicado por la oficina de planeación.

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 28 |                                                   |           |             |

- En las secciones de los EPM se socializan los riesgos y los controles asociados a este proceso, los cuales se aplican de manera rigurosa, lo que ha permitido evitar su materialización.
- Durante la visita se evidencia que la Matriz de Riesgos y controles tiene identificados los criterios del riesgo, y para los controles se tiene identificada la acción a desarrollar, el responsable de ejecutarlo, la periodicidad con la que se ejecuta, el tipo de registro y donde se encuentra la evidencia de su aplicación

#### Recomendaciones:

- Aunque los controles se aplican de manera rigurosa y no se han materializado los riesgos, se recomienda fortalecer la evaluación formal y documentada de la efectividad de los controles, especialmente frente a riesgos críticos como el fraude, con el fin de asegurar su vigencia y suficiencia en el tiempo.
- **Proceso Gestión Apoyo Clínico:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso de Gestión Apoyo Clínico del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso de Gestión Apoyo Clínico tiene identificados 13 riesgos, de los cuales 11 corresponden a Riesgos en salud, 1 Riesgo de Gestión u Operacional, y 1 Riesgo SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno:




### Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproce | Proceso               | Subsistema                                     | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                              | Tipo de Riesgo                                        | Aproba |
|----------|------------|-----------------------|------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| Procesos | MISIONAL   | GESTION APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 72        | Posibilidad de errores en la aceptación de pacientes frente a las solicitudes enviadas al sistema de Referencia y Contrareferencia.                                 | Riesgo de salud                                       | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 69        | Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención                                                                                                    | Riesgos de seguridad del paciente                     | No     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 71        | Errores de medicación en la cadena de utilización de medicamentos                                                                                                   | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 101       | Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros ante la pérdida de medicamentos de alto costo                                                                | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | No     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 70        | Posibilidad de pérdida de la integridad de la piel del paciente (Úlceras por presión).                                                                              | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 67        | Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante infecciones asociadas a la atención en salud                                  | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 73        | Posibilidad de comunicación no asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud durante el proceso de atención                                              | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 77        | Incumplimiento legal por generar de forma inoportuna las respuestas de las PQRS                                                                                     | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 75        | Posibilidad de pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización                                                                          | Riesgo de salud                                       | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 74        | Posibilidad de fallas de los procedimientos desde la donación de la sangre o plaquetas, el procesamiento, liberación, administración y descarte de hemocomponentes. | Riesgos de seguridad del paciente                     | No     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 68        | Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el diagnóstico social                                                                                  | Riesgo de salud                                       | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 78        | Sobreocupación de GAICA                                                                                                                                             | Riesgo de salud                                       | Sí     |
| Procesos | MISIONAL   | GESTIÓN APOYO CLINICO | Riesgos en Salud                               | 79        | Posibilidad de inoportunidad en la atención del llamado de código azul y del equipo de respuesta rápida                                                             | Riesgos clínicos                                      | Sí     |

- Los riesgos fueron actualizados en 2025 a través de la plataforma SIGERINC, en acompañamiento de la persona encargada de Gestión de Riesgos designada por la Oficina de Planeación.
- Se identifican riesgos asociados a procedimientos que no corresponden directamente a la gestión de apoyo clínico, como son los riesgos de *enfermería* y de *PQRS*.
- Durante la visita de seguimiento a la Acreditación se hizo la recomendación de gestionar los riesgos clínicos desde cada área asistencial, dado que la gestión de los riesgos en salud varía en los diferentes servicios.



|                                                                                   |                                                   |           |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 14 de 28                                                                   |                                                   |           |             |

- En los equipos primarios de mejoramiento (EPM) realizados trimestralmente, se detallan los procesos de los diferentes riesgos y controles los cuales son gestionados por cada responsable.
- Del proceso de apoyo clínico, actualmente se cuentan con 21 riesgos materializados, que corresponde a riesgos en salud, los cuales son objeto de seguimiento continuo mediante la implementación y monitoreo de acciones de mejora, estas acciones permiten realizar un análisis permanente de las causas, efectos y controles asociados, con el fin de fortalecer la gestión del riesgo y prevenir la recurrencia de eventos similares.

#### Hallazgos:

- Se evidencia alta materialización de riesgos, específicamente relacionados con riesgos en salud (eventos adversos e incidentes). A diferencia de otros procesos que niegan materializaciones, Apoyo Clínico reconoce una cifra significativa. Se requiere validar si estos 21 riesgos están debidamente articulados con el Mapa de Riesgos institucional o si se gestionan de forma aislada como eventos de Seguridad del Paciente.
- El proceso tiene asignados riesgos que considera no le corresponden directamente. Se identificó que existen riesgos de procedimientos clínicos que están bajo la "*Gestión de Apoyo Clínico*", pero cuya ejecución y control pertenecen a otras áreas operativas como son los de enfermería y las PQRS. Esto diluye la responsabilidad en el seguimiento.
- Se encontró en el proceso una concentración significativa de riesgos en salud, incluidos riesgos materializados, lo cual puede generar sobrecarga operativa y afectación de la efectividad de la gestión del riesgo, al no reflejar de manera precisa la responsabilidad real de las áreas asistenciales involucradas, siendo necesaria la gestión de riesgos clínicos directamente por cada área asistencial, considerando entre otras cosas, que la tipología, el nivel de exposición al riesgo y la complejidad de la patología varían según el servicio prestado.
- El evento de "*fuga de paciente*" no ha sido formalizado como un riesgo dentro de este proceso. A pesar de que se establecieron acciones de mejora tras un evento real, el riesgo no se ha tipificado formalmente en el mapa de Apoyo Clínico, lo que impide un monitoreo preventivo estructurado.

#### Recomendaciones:

- Integrar el *Informe de Gestión de Seguridad del Paciente 2025* con el Mapa de Riesgos de Gestión, asegurando que los análisis de causas (Protocolo de Londres) se traduzcan en nuevos controles efectivos en la matriz de riesgos.
  - Dado que los riesgos en salud varían según el tipo de atención y las condiciones específicas de cada servicio, se recomienda realizar una revisión integral de la asignación de los riesgos, con el fin de descentralizar su gestión y garantizar que la identificación, implementación de controles y respuesta frente a la materialización de eventos adversos se realicen de manera oportuna, evitando retrasos en la toma de decisiones y fortaleciendo la capacidad de mitigación de riesgos.
  - Se identificó la necesidad de realizar una revisión integral y periódica de los controles, con el fin de determinar posibles ajustes que fortalezcan la prevención y mitigación de los riesgos, especialmente frente a aquellos que con su periodicidad se han materializado.
  - Para los 21 riesgos materializados, se debe verificar que las acciones de mejora no sean solo correctivas del evento puntual, sino que ataquen la causa raíz para evitar la recurrencia, dejando soporte de esto en las actas de los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM).
  - Se recomienda crear formalmente el riesgo de "Fuga de Pacientes" dentro del proceso de Apoyo Clínico (o en su defecto, coordinar con el área clínica su propiedad), definiendo controles preventivos que involucren tanto infraestructura como personal asistencial.
- **Proceso Investigación:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Investigación del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso Investigación tiene identificados 5 riesgos, de los cuales 2 corresponden a Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, 1 Riesgo de SARLAFT / PADM, y 2 Riesgo SICOFS Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.



|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 15 de 28 |                                                   |           |             |




### Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | tipo de ges | Macroproce       | Proceso                                                                       | Subsistema | ID Riesgo                                                                                                                                                                                                                           | Riesgo                                                                        | Tipo de Riesgo | Aproba |
|----------|-------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno                                | 197        | Posibilidad de no declarar conflictos de intereses para poder participar en investigaciones                                                                                                                                         | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE                         | No             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | Riesgos SARLAFT / PADM                                                        | 87         | Incumplimiento legal por contratar o establecer convenios del proceso de investigación con personas naturales o jurídicas que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo. | Riesgos SARLAFT / PADM                                                        | Sí             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | 106        | Posibilidad de pérdida de certificaciones nacionales o internacionales como centro de investigación dada por los entes de control                                                                                                   | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | Sí             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | 105        | Posibilidad de obtener menor impacto en resultados de investigación debido a las demoras en la ejecución de los cronogramas y en los cierres de los proyectos de forma tardía                                                       | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | Sí             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno                                | 99         | Posibilidad de sesgar o manipular los resultados de una investigación                                                                                                                                                               | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE                         | Sí             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno                                | 98         | Posibilidad de aceptar incentivos para aprobar y desarrollar programas o proyectos de investigación                                                                                                                                 | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE                         | No             |        |
| Procesos | MISIONAL    | INVESTIGACION ES | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | 195        | Posibilidad de manipular o alterar los criterios de elegibilidad de participantes en ensayos clínicos                                                                                                                               | Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención | No             |        |

- Los riesgos se gestionan conforme a los lineamientos establecidos por la institución, actualmente, se tienen identificados 7 riesgos; inicialmente se contaba con 5 y durante la vigencia 2025 se identificó la necesidad de incluir 2 riesgos adicionales en las investigaciones de la industria: 1 Riesgo SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno y 1 Riesgo de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, los cuales no se han materializado a la fecha.
- La gestión de los riesgos la realiza cada equipo de investigación.
- Los riesgos son informados y analizados en los EPM realizados trimestralmente, para el seguimiento de los controles y evitar la materialización en conjunto con los grupos de investigación. Los controles establecidos para cada uno de los riesgos forman parte de los procedimientos definidos dentro del proceso de investigación y han contribuido de manera efectiva a prevenir su materialización.

#### Hallazgos:

- El proceso demuestra una gestión activa en la identificación de nuevas amenazas, pasando de 5 riesgos iniciales a la construcción de 2 adicionales para la vigencia 2025.
- La gestión del riesgo recae directamente en cada equipo de investigación, lo que asegura pertinencia técnica. Si bien se discuten en los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), la dispersión de los equipos puede generar inconsistencias en la recolección de evidencias si no hay un seguimiento estricto desde la Coordinación.

#### Recomendaciones:

- Se recomienda realizar revisiones intermedias de los riesgos cuando se presenten cambios normativos, tecnológicos o metodológicos en las investigaciones, asegurando que los controles continúen siendo suficientes y oportunos.
- Priorizar el monitoreo de los 3 riesgos de corrupción identificados, dado el alto volumen de recursos externos y patrocinios de la industria farmacéutica que maneja el proceso.

➤ **Proceso Diagnóstico y Estadificación:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Diagnóstico y Estadificación del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:

- El proceso Diagnóstico y Estadificación tiene identificados 5 riesgos de los cuales 4 corresponden a Riesgos de Salud y 1 Riesgo SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno:



#### Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Tipo de ges | Macroproce | Proceso                      | Subsistema                                     | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                     | Tipo de Riesgo                                        | Aproba |
|----------|-------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| Procesos | MISIONAL    |            | DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN | Riesgos en Salud                               | 47        | Posibilidad de afectación en el manejo diagnóstico y tratamiento del paciente por incorrecta identificación de pacientes y/o pérdida de las muestras                                       | Riesgos de seguridad del paciente                     | No     |
| Procesos | MISIONAL    |            | DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN | Riesgos en Salud                               | 48        | Expedir resultados errados de estudios de exámenes diagnósticos y posibilidad de error en la entrega de productos de radiofarmacia a medicina nuclear                                      | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL    |            | DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN | Riesgos en Salud                               | 49        | Posibilidad de fallas en la plataforma tecnológica o en los reactivos de diagnóstico                                                                                                       | Riesgos de seguridad del paciente                     | No     |
| Procesos | MISIONAL    |            | DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN | Riesgos en Salud                               | 46        | Posibilidad incumplimiento de las condiciones adecuadas de preparación de los pacientes para la realización de exámenes diagnósticos y de las muestras de patología para su procesamiento. | Riesgos de seguridad del paciente                     | Sí     |
| Procesos | MISIONAL    |            | DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 91        | Desvío de recursos físicos o económicos ante la malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales.                                                         | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | No     |

- Los riesgos se manejan con base en lo establecido por la institución, los cuales son presentados en los comités de EPM para seguimiento y control.
- Actualmente, el proceso tiene identificados 5 riesgos de los cuales se encuentra materializado 4 veces el mismo riesgo *“Posibilidad de afectación en el manejo diagnóstico y tratamiento del paciente por incorrecta identificación de pacientes y/o pérdida de las muestras”*.
- Los riesgos asociados al proceso están relacionados principalmente con la ocurrencia de eventos adversos y se encuentran debidamente identificados y clasificados para cada uno de los grupos correspondientes (grupo laboratorio clínico, patología oncológica, imágenes diagnósticas y medicina nuclear, y grupo radiofarmacia), lo que permite una gestión diferenciada y acorde con las particularidades de cada área o servicio.
- Con respecto a los riesgos clínicos, desde la evaluación de acreditación se recomienda que la gestión se realice de manera individual por grupos, con el fin de profundizar en la identificación y análisis de los riesgos que puedan presentarse y, de esta manera, fortalecer los controles y mejorar su seguimiento.
- Los soportes del seguimiento de los riesgos y controles quedan registrados en las actas de los comités de EPM que se realizan. Para los meses de abril y junio no se encuentran actas ya que no existía coordinador responsable en ese momento, de igual manera, no se evidencia la revisión del caso del riesgo materializado en el mes de Julio.

#### Hallazgos:

- Se identificó una Interrupción en el Seguimiento y la trazabilidad del monitoreo por Vacancia Administrativa durante los primeros meses de 2025. Debido a esto, no existen actas de los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) que soporten la vigilancia de los controles. Esto genera un vacío de control institucional.
- Se evidenció la materialización reiterada del riesgo denominado *“Posibilidad de afectación en el manejo diagnóstico y tratamiento del paciente por incorrecta identificación de pacientes y/o pérdida de las muestras”*, lo que indica debilidades en la efectividad de los controles existentes y la necesidad de fortalecer las acciones de mitigación
- No se evidenciaron actas correspondientes a los meses de abril y junio de los EPM; teniendo en cuenta que los soportes del seguimiento a los riesgos y controles reposan en las actas de los comités de los Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM), esta situación afecta la trazabilidad, continuidad y verificación del seguimiento realizado.
- No se evidenció la revisión ni el análisis del caso correspondiente al riesgo materializado en el mes de julio, lo que limita la identificación de causas, la definición de acciones correctivas y el fortalecimiento de los controles para prevenir su recurrencia.
- El proceso no tiene incluido en su matriz los riesgos asociados a la falla de equipos biomédicos, aunque durante la vigencia 2025 se presentó la suspensión de servicios esenciales en Radiología por daño de equipos. El área argumenta que este riesgo pertenece a *“Infraestructura”*; sin embargo, el impacto directo se

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 17 de 28 |                                                   |           |             |

materializó en la oportunidad y satisfacción del proceso Diagnóstico y Estadificación, por lo que debería estar mapeado como un riesgo operativo del proceso.

- Se evidenció debilidad en el análisis de riesgo causal, no se tiene evidencia de la revisión del riesgo materializado en el mes de julio de 2025, para ajustar los controles tras la materialización.

#### Recomendaciones:

- Se recomienda realizar un análisis de causa raíz, ajustar los controles existentes y definir acciones de mejora específicas que permitan reducir la recurrencia del evento y mitigar su impacto en la seguridad del paciente.
- Se recomienda asegurar la elaboración, formalización y archivo oportuno de las actas de los comités de los EPM, aun en situaciones de cambio o ausencia del coordinador responsable, con el fin de garantizar la trazabilidad, continuidad y verificación del seguimiento a los riesgos y controles del proceso.
- Se recomienda Incluir de manera inmediata un riesgo relacionado con la disponibilidad tecnológica y de equipos. Si bien el mantenimiento es de Infraestructura, la *continuidad del servicio* es responsabilidad misional de Diagnóstico y Estadificación.
- Dado que los riesgos en salud varían según el tipo de atención y las condiciones específicas de cada servicio, se recomienda realizar una revisión integral de la asignación de los riesgos, con el fin de descentralizar su gestión y garantizar que la identificación, implementación de controles y respuesta frente a la materialización de eventos adversos se realicen de manera oportuna, evitando retrasos en la toma de decisiones y fortaleciendo la capacidad de mitigación de riesgos.

➤ **Proceso Unidades Funcionales de Tratamiento:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Unidades Funcionales de Tratamiento del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:

- El proceso de Gestión de Unidades Funcionales de Tratamiento tiene identificados 18 riesgos, de los cuales 17 corresponden a Riesgos en salud, y 1 Riesgo de Gestión u Operacional:




### Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproceso | Proceso                             | Subsistema       | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                                                                 | Tipo de Riesgo                    | Aprobado |
|----------|--------------|-------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 53        | Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante el diligenciamiento inadecuado de la historia clínica                                                                                            | Riesgos de seguridad del paciente | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 61        | Incumplimiento de los objetivos establecidos ante la baja adherencia a procesos, protocolos y guías institucionales por parte del personal de enfermería                                                                               | Riesgos clínicos                  | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 59        | Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos con la presencia de cuerpos extraños o instrumentos quirúrgicos dejados en el interior del paciente sometido a cirugía. (Presencia de oblitos)                      | Riesgos de seguridad del paciente | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 108       | Posibilidad de inicio inoportuno de tratamiento, inadecuada dosis y localización anatómica para realizar radioterapia                                                                                                                  | Riesgos de seguridad del paciente | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 62        | Inadecuada planificación por Posibilidad de manejo inadecuado de concomitancias y efectos secundarios del tratamiento en radioterapia                                                                                                  | Riesgos clínicos                  | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 65        | Posibilidad de ocurrencia de incidentes, eventos adversos y complicaciones que se puedan presentar antes, durante y después del trasplante de progenitores hematopoyéticos y aloinjertos óseos en cada una de las fases del trasplante | Riesgos clínicos                  | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 52        | Incumplimiento legal por omisión, ausencia o diligenciamiento inadecuado del consentimiento informado                                                                                                                                  | Riesgos de seguridad del paciente | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 55        | Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios por no recibir terapia consolidativa oportuna en las neoplasias hematológicas (Quimioterapia y Trasplante de Médula Ósea)                                                     | Riesgos clínicos                  | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 60        | Incumplimiento de los objetivos establecidos por Realizar procedimiento quirúrgico en sitio, órgano o paciente equivocado                                                                                                              | Riesgos de seguridad del paciente | Sí       |
| Procesos | MISIONAL     | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud | 54        | Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios por errores de prescripción y de aplicación de la orden clínica                                                                                                               | Riesgos clínicos                  | Sí       |

|                 |                                                          |                  |                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
|                 | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</b>                | <b>CÓDIGO:</b>   | <b>GS-P10-F-12</b> |
|                 | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>    | <b>VERSIÓN:</b>  | <b>3</b>           |
|                 | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> | <b>VIGENCIA:</b> | <b>28-04-2023</b>  |
| Página 18 de 28 |                                                          |                  |                    |




| Mapa de Riesgos 2025 |            |                                     |                                  |         |                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |        |
|----------------------|------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|
| Riesgo               | Macroproce | Proceso                             | Subsistema                       | ID Ries | Riesgo                                                                                                                                                                                                                                 | Tipo de Riesgo                    | Aproba |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 56      | Incumplimiento de los objetivos establecidos ante la falta de continuidad en los tratamientos integrales de la población oncológica que impacta en la sobrevida.                                                                       | Riesgos clínicos                  | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 58      | Incumplimiento de los objetivos establecidos con la pérdida y/o mala rotulación del espécimen anatomopatológico                                                                                                                        | Riesgos de seguridad del paciente | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 51      | Posibilidad de riesgo de suicidio en pacientes con cáncer por la no detección temprana de la ideación suicida, por fallas en el seguimiento del tratamiento y por factores propios del paciente y de la enfermedad.                    | Riesgos de seguridad del paciente | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 64      | Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados al uso de dispositivos médicos                                                                                                                                                  | Riesgos de seguridad del paciente | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 57      | Incumplimiento de los objetivos establecidos por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente                                                                                                                                    | Riesgos clínicos                  | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 63      | Incumplimiento de los objetivos establecidos por No garantizar la oportunidad e integralidad en la atención de paciente por parte de Grupo Área de Soporte Oncológico                                                                  | Riesgos clínicos                  | Sí     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos en Salud                 | 66      | Posibilidad de eventos adversos o complicaciones con ocasión al proceso de atención de procedimientos de rehabilitación y terapias física, respiratoria, ocupacional y de fonoaudiología.                                              | Riesgos clínicos                  | No     |
| Procesos             | MISIONAL   | UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO | Riesgos de Gestión u Operacional | 194     | [Eficacia] Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante la aplicación inapropiada o inoportuna de esquema de tratamiento Oncológico de acuerdo a patología o estadio clínico de la enfermedad | Riesgo de Gestión                 | No     |

- Los riesgos se gestionan con base en lo establecido por la institución, son presentados en los comités de EPM para seguimiento y control con los grupos del área.
- Los riesgos fueron actualizados en el 2025 a través de la herramienta SIGERINC en acompañamiento con la persona encargada de la gestión de riesgos de la Oficina de Planeación.
- Se evidencia en el sistema de información SIAPINC, en el reporte del indicador de riesgos, que el último registro se encuentra con corte a septiembre de 2025, con un total de 8 riesgos materializados en unidades o grupos pertenecientes al área. De estos, uno se presentó de manera continua desde febrero hasta septiembre, con 7 eventos asociados, correspondiente al riesgo *“No garantizar la integralidad de la atención de los pacientes”*. El otro riesgo se deriva de la Unidad de Radioterapia, identificado como *“Error en administrar dosis en región anatómica diferente a la prescrita”*. No obstante, para cada uno de los riesgos materializados se formuló el respectivo plan de mejora.
- Se informa por parte del Coordinador, que dentro de este proceso se presentan múltiples situaciones de riesgo, principalmente asociadas a la insuficiencia de recurso humano, como personal de enfermería, auxiliares y médicos, en Hospital Día y la unidad de quimioterapia ambulatoria entre otros servicios que no cuentan con médico asignado.

#### Hallazgos:

- Se evidencia la materialización recurrente del riesgo: *“Incumplimiento de los objetivos establecidos por No garantizar la oportunidad e integralidad en la atención de paciente por parte de Grupo Área de Soporte Oncológico”*, el cual se presentó de manera continua entre febrero y septiembre de 2025, con 7 eventos asociados.
- Se evidenció que el último registro del indicador de riesgos en la plataforma SIAPINC se encuentra con corte a septiembre de 2025, lo cual limita el seguimiento continuo y oportuno de la materialización de riesgos en el proceso.
- Se informa una carencia crítica de personal médico y de enfermería que impide el funcionamiento de áreas estratégicas y pone en riesgo la seguridad del paciente.

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 19 de 28 |                                                   |           |             |

- Se informa que el proceso enfrenta riesgos derivados del entorno (EPS) y de la capacidad resolutive interna. Las EPS están contratando servicios externos de quimioterapia incompletos, derivando las complicaciones al INC.

#### Recomendaciones:

- Se sugiere fortalecer y ajustar los controles existentes, definir acciones de mejora específicas por unidad y realizar seguimiento periódico a su efectividad, con el fin de reducir la recurrencia y mitigar el impacto sobre la seguridad del paciente.
  - Se recomienda asegurar la actualización periódica y oportuna del indicador de riesgos en la plataforma SIAPINC, conforme a los lineamientos institucionales, con el fin de garantizar el seguimiento continuo, la trazabilidad y la toma de decisiones oportunas frente a la materialización de riesgos.
  - Se recomienda a la Alta Dirección y al líder del proceso evaluar las necesidades de talento humano en las diferentes unidades y servicios, con el propósito de definir acciones que permitan mitigar los riesgos asociados.
  - Dado que los riesgos en salud varían según el tipo de atención y las condiciones específicas de cada servicio, se recomienda realizar una revisión integral de la asignación de los riesgos, con el fin de descentralizar su gestión y garantizar que la identificación, implementación de controles y respuesta frente a la materialización de eventos adversos se realicen de manera oportuna, evitando retrasos en la toma de decisiones y fortaleciendo la capacidad de mitigación de riesgos.
- **Proceso Gestión de Tecnologías de información:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Gestión de Tecnologías de Información del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso Gestión de Tecnología de información tiene 18 riesgos discriminados así: 7 asignados al proceso gestión de tecnologías de información, 10 al proceso de Seguridad de la Información y 1 de continuidad del negocio que fue implementado en el año anterior (2025).

| Mapa de Riesgos 2025 |            |                                       |                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                 |                   |        |
|----------------------|------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| Riesgo               | Macroproce | Proceso                               | Subsistema                       | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                                                          | Tipo de Riesgo    | Aproba |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 39        | Posible Pérdida de visibilidad y control de la información ante la ausencia de políticas de marcado y clasificación de los activos de información electrónica                                                                   | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 40        | Posibilidad de pérdida de información debido a ejecución de Backup con frecuencias espaciadas en el sistema NNAS                                                                                                                | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 41        | Posible pérdida de equipos y fallos de soporte por inexactitud de inventarios de software y hardware                                                                                                                            | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 42        | Posibilidad de error humano por exceso de confianza en gestión de soporte de mesa de ayuda                                                                                                                                      | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 43        | Posibilidad de pérdida de información por daño, deterioro o pérdida de equipos tecnológicos                                                                                                                                     | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 44        | Inadecuado suministro de servicios y posible afectación a la seguridad y la vida de pacientes y personal (Safety) por Ciberbioinseguridad (inseguridad informática de dispositivos IOT, biomédicos y sistemas médicos de apoyo) | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos             | DE APOYO   | GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN | Riesgos de Gestión u Operacional | 45        | Posibilidad de pérdida de disponibilidad del sistema RIS -PACS ante incidentes de infraestructura y/o almacenamiento                                                                                                            | Riesgo de Gestión | Sí     |



|                 |                                                          |                  |                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
|                 | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</b>                | <b>CÓDIGO:</b>   | <b>GS-P10-F-12</b> |
|                 | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>    | <b>VERSIÓN:</b>  | <b>3</b>           |
|                 | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> | <b>VIGENCIA:</b> | <b>28-04-2023</b>  |
| Página 20 de 28 |                                                          |                  |                    |




Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproceso  | Proceso                     | Subsistema                             | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                                            | Tipo de Riesgo              | Aprobado |
|----------|---------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 121       | Posibles consecuencias legales por el uso de sitios que facilitan la carga y distribución de documentos que incumplen las normas de derechos de autor.                                                            | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 112       | Posible fuga de información y pérdida de Confidencialidad ante uso de nubes, correos, redes sociales y sitios de envío y descarga masiva de tipo personal                                                         | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 113       | Posible incapacidad para detectar y responder a eventos de seguridad de manera oportuna ante visibilidad y respuesta limitada de herramientas seguridad informática y de redes.                                   | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 114       | Posibilidad de Exposición de credenciales y datos sensibles por ataques de suplantación de identidad y phishing especializados hacia el instituto                                                                 | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 115       | Posible explotación de vulnerabilidades, y pérdida de compatibilidad por obsolescencia de sistemas operativos y equipos fuera de periodo de soporte extendido                                                     | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 116       | Posible explotación de vulnerabilidades y pérdida de Confidencialidad debido a segmentación inadecuada de dispositivos móviles y dispositivos de propiedad personal en redes institucionales                      | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 117       | Posible Acceso no autorizado a sistemas y datos sensibles por prácticas de autenticación débil en equipos, aplicativos y sistemas.                                                                                | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 118       | Posibilidad de pérdida de disponibilidad, integridad y confidencialidad debido a ataques de alta complejidad de Malware, Ransomware y Virus en equipos de computo, servidores y dispositivos conectados a la red. | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 119       | Posible explotación de vulnerabilidades con pérdida de disponibilidad y confidencialidad debido a incorrecto manejo de actualizaciones automáticas de seguridad en equipos, servidores y plataformas TI.          | Seguridad de la Información | Sí       |
| Procesos | TRANSVERSALES | SEGURIDAD DE LA INFORMACION | Riesgos de Seguridad de la Información | 120       | Posible explotación de vulnerabilidades y pérdida de Confidencialidad por limitación de operación de controles en equipos de trabajo remoto                                                                       | Seguridad de la Información | Sí       |

- Durante el 2025 se identificaron y registraron 5 riesgos de Continuidad de negocio en la herramienta SIGERINC, estos riesgos fueron elaborados con el acompañamiento de un asesor externo y presentan un impacto de carácter transversal en los procesos de la institución. No obstante, a la fecha no se ha realizado el ajuste correspondiente a la política de gestión del riesgo para incluirlos en el mapa de riesgos.
- El Plan de Riesgos de Seguridad Digital se encuentra debidamente publicado en la página web institucional y se realiza seguimiento periódico al cumplimiento del cronograma establecido, este plan fue elaborado conforme a la Guía de Gestión del Riesgo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC) y el ultimo seguimiento fue diligenciado en noviembre del 2025.
- Se efectuó un ajuste en la calificación de la efectividad de los controles, lo cual generó una disminución en el nivel de madurez, como resultado de la adopción de los nuevos lineamientos establecidos en la actualización de la norma ISO.
- Este proceso realiza de manera periódica una autoevaluación la cual se encuentra debidamente registrada y documentada con el propósito de identificar, analizar y revisar los riesgos que puedan afectar la continuidad del negocio, esta autoevaluación permite evaluar la efectividad de los controles existentes, identificar oportunidades de mejora y establecer acciones preventivas y correctivas orientadas a garantizar la operación continua de los procesos críticos de la organización.
- El proceso cuenta con un sistema de contingencia que ante la ocurrencia de eventos que afecten el funcionamiento del sistema de información SAP garantice la continuidad de los procesos críticos, este sistema de contingencia contempla la operación a través del Centro de Recuperación de Desastres, permitiendo la atención oportuna de incidentes tecnológicos. Como ejemplo, se menciona el proceso de facturación electrónica que dispone de una conexión directa con el proveedor IFX, lo cual permite asegurar la continuidad del servicio en caso de indisponibilidad del sistema principal.

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 21 de 28 |                                                   |           |             |

#### Hallazgos:

- Se evidencian avances en Continuidad de Negocio y Seguridad Digital, el proceso ha implementado subsistemas avanzados de riesgos, incluyendo *Continuidad de Negocio* (5 riesgos) y *Seguridad Digital* (basado en guías de MinTIC e ISO).
- En la creación del subsistema de Continuidad del Negocio se identificaron nuevos eventos y escenarios críticos que podrían afectar la operación institucional, sin embargo, estos no han sido formalizados dentro de la política de riesgos vigente, limitando la integración del enfoque de continuidad en el sistema de gestión del riesgo.
- El ajuste en la calificación de la efectividad de los controles, derivado de la adopción de los nuevos lineamientos de la norma ISO actualizada, ocasionó una disminución en el nivel de madurez del proceso, evidenciando la necesidad de fortalecer los controles existentes conforme a los nuevos estándares.
- El proceso realiza autoevaluaciones periódicas debidamente documentadas y cuenta con planes y sistemas de contingencia, los resultados de estas evaluaciones no siempre se reflejan de manera oportuna en la actualización de políticas y mapas de riesgo institucionales.

#### Recomendaciones:

- Integrar el subsistema de continuidad del negocio dentro del sistema de gestión del riesgo, definiendo roles, responsabilidades, metodologías y criterios de priorización alineados con los procesos críticos de la entidad.
- Implementar un plan de fortalecimiento de controles que permita cerrar las diferencias identificadas tras los nuevos lineamientos de la norma ISO, con el fin de recuperar y mejorar el nivel de madurez del proceso.
- Articular los riesgos de tecnologías de la información y continuidad del negocio bajo un enfoque integral, que permita analizar impactos transversales y dependencias críticas entre procesos y sistemas.
- Continuar con la ejecución de pruebas periódicas a los planes de contingencia, con el fin de garantizar su efectividad ante eventos reales y continuar el seguimiento periódico al cumplimiento del cronograma establecido, elaborado conforme a la Guía de Gestión del Riesgo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC).

➤ **Proceso Gestión Contable:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso de Gestión Contable del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:

- El proceso Gestión Contable tiene 4 riesgos de gestión u operacional.




Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproce | Proceso          | Subsistema                       | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                                                                                   | Tipo de Riesgo    | Aproba |
|----------|------------|------------------|----------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN CONTABLE | Riesgos de Gestión u Operacional | 6         | Inoportunidad de la presentación de las obligaciones tributarias                                                                                                                                                                                         | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN CONTABLE | Riesgos de Gestión u Operacional | 7         | Posibilidad de no realizar seguimiento oportuno a los errores, inconsistencias, omisión en el registro de la totalidad de los hechos económicos, de las deducciones de impuestos en las cuentas por pagar, transacciones y operaciones en el Sistema SAP | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN CONTABLE | Riesgos de Gestión u Operacional | 8         | Inoportunidad y fallas de calidad en la entrega de la información financiera a las entidades de control y demás partes interesadas.                                                                                                                      | Riesgo de Gestión | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN CONTABLE | Riesgos de Gestión u Operacional | 9         | Inadecuada planificación ante las fallas en la estimación de costo de las prestaciones asistenciales.                                                                                                                                                    | Riesgo de Gestión | Sí     |

- Los riesgos fueron actualizados en la vigencia 2025, a través de la plataforma SIGERINC, en acompañamiento de la persona encargada de Gestión de Riesgos, designada por la Oficina de Planeación.

|                                                                                   |                                                   |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 22 de 28                                                                   |                                                   |           |              |

- En los equipos primarios de mejoramiento (EPM), realizados trimestralmente, la persona designada responsable del Área de Oficina de Planeación envía el enlace donde detalla una matriz para ser gestionado por los líderes de procesos de los diferentes riesgos.
- Del proceso de Gestión Contable, actualmente cuenta con 4 riesgos, 3 de ellos corresponden al Área de Contabilidad, sin embargo, la coordinación del proceso informó que el riesgo *“Inadecuada planificación ante las fallas en la estimación de costeo de las prestaciones asistenciales”* lo gestiona la Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera, por lo tanto, las evidencias físicas de los 3 riesgos se verificaron directamente en los archivos de Área Contable, entre tanto el riesgo de la subdirección Administrativa se validó con el proceso Gestión del Gasto.

#### Hallazgos:

- Falta de conocimiento en el manejo de la herramienta en SIGERINC sobre la administración de los riesgos del proceso Gestión Contable.
- El seguimiento realizado a los riesgos del proceso Gestión Contable en SIGERINC no contiene registros o soportes que sustenten o demuestren la efectividad de los controles, esto considerando que en la herramienta no reposan archivos relacionados toda vez que no lo exige de carácter obligatorio. Por lo tanto, es necesario evaluar la efectividad de cada control de manera individual por parte del responsable de Riesgos.
- El proceso de gestión contable está sujeto a riesgos que no han sido considerados en el mapa de riesgos, tales como operar si no hay sistemas de información y la posibilidad de realizar pagos duplicados de una misma factura por la falta de control efectivo desde la supervisión del contrato; sin embargo, el Instituto en el 2025 realizó levantamiento de la información de continuidad del negocio, lo cual debe ser incluido como riesgo a nivel institucional.

#### Recomendaciones:

- Durante el seguimiento realizado en las pruebas aleatorias de los riesgos del proceso de Gestión Contable, se observó que el seguimiento a la efectividad de los controles se realiza de manera física de acuerdo con los controles de cada proceso mediante archivo Excel. Sin embargo, es importante disponer de trazabilidad automatizada de la gestión de riesgos, por cuanto se recomienda que a través de los responsables del manejo de los sistemas de información se evalúe la incorporación de los registros y soportes documentales que respalden dicho monitoreo soportándolos con las respectivas evidencias.
- **Proceso Gestión del Gasto:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso de Gestión del Gasto del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:
- El proceso Gestión del Gasto tiene 26 riesgos discriminados así: 2 Riesgos de Crédito, 1 Riesgo de Liquidez, 17 Riesgos de Gestión u Operacional, 3 Riesgos SARLAFT / PADM, y 3 SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

|                 |                                                          |                  |                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
|                 | <b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA</b>                | <b>CÓDIGO:</b>   | <b>GS-P10-F-12</b> |
|                 | <b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>    | <b>VERSIÓN:</b>  | <b>3</b>           |
|                 | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> | <b>VIGENCIA:</b> | <b>28-04-2023</b>  |
| Página 23 de 28 |                                                          |                  |                    |




Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproce | Proceso           | Subsistema                                     | ID Ries | Riesgo                                                                                                                                                                                                                        | Tipo de Riesgo                                        | Aproba |
|----------|------------|-------------------|------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 17      | Inoportuna atención de necesidades o requerimientos ante la designación errada de la modalidad de selección, en elaboración o publicación de los términos de condiciones y demoras en el inicio de los procesos de selección. | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos SARLAFT / PADM                         | 83      | Incumplimiento legal por contratar con personas naturales o jurídicas que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o                                                                            | Riesgos SARLAFT / PADM                                | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 93      | Realización de cobros indebidos ante la devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.                                                                           | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 18      | Incumplimiento de compromisos ante demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.                                                                                                    | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 22      | Posibilidad de pago a proveedores a cuentas bancarias diferentes a la estipulada en el contrato                                                                                                                               | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 21      | Posibilidad de presentar errores en la verificación de transacciones económicas que conlleven a duplicidad, mayor o menor valor pagado                                                                                        | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 95      | Desvío de recursos físicos o económicos ante la pérdida de un activo                                                                                                                                                          | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí     |

| Riesgo   | Macroproce | Proceso           | Subsistema                                     | ID Ries | Riesgo                                                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de Riesgo                                        | Aproba |
|----------|------------|-------------------|------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos SARLAFT / PADM                         | 84      | Incumplimiento legal por recibir transacciones en efectivo superior a 5 millones o 25 millones acumulados en el mes por la misma persona por concepto de prestación de un servicio o donación que son producto de lavado de activos o financiación del terrorismo. | Riesgos SARLAFT / PADM                                | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 94      | Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros ante la estimación de las necesidades de insumos de las dependencias que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente.                                               | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgo de Crédito                              | 81      | Incumplimiento de los objetivos establecidos ante el incremento de la cartera no recuperable                                                                                                                                                                       | Riesgo de Crédito                                     | No     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 20      | Inexactitud en la capitalización de los activos fijos frente a los inventarios de los centros de costos                                                                                                                                                            | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgo de Crédito                              | 80      | Detrimento financiero por la aceptación de glosa debido a fallas en la calidad del diligenciamiento de Historia Clínica y soportes técnicos                                                                                                                        | Riesgo de Crédito                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 16      | Posibilidad de un inadecuado seguimiento a la ejecución de los recursos en los contratos de bienes, servicios u obra.                                                                                                                                              | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 111     | Inadecuada planificación durante la verificación de constitución de cuentas por pagar presupuestales                                                                                                                                                               | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 19      | Incumplimiento legal por peculado por destinación por asignación inadecuada de rubro presupuestal                                                                                                                                                                  | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos SARLAFT / PADM                         | 85      | Incumplimiento legal por recibir donación de bienes o servicios producto de actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo.                                                                                                                 | Riesgos SARLAFT / PADM                                | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 183     | No celebración del contrato con el lleno de los requisitos de legalización tras la adjudicación de recursos a un proponente participante.                                                                                                                          | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 186     | No cumplimiento del objeto del contrato de comodato.                                                                                                                                                                                                               | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 190     | No cumplimiento del objeto contractual de arrendamiento.                                                                                                                                                                                                           | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 184     | No cumplimiento del objeto contractual de suministro.                                                                                                                                                                                                              | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 185     | No cumplimiento del objeto contractual de compraventa.                                                                                                                                                                                                             | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 187     | No cumplimiento del objeto contractual de obra.                                                                                                                                                                                                                    | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 188     | No cumplimiento del objeto contractual de prestación de servicios.                                                                                                                                                                                                 | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 189     | No cumplimiento del objeto contractual de mantenimiento.                                                                                                                                                                                                           | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgos de Gestión u Operacional               | 191     | No cumplimiento del licenciamiento a software o suscripción a servicios en línea.                                                                                                                                                                                  | Riesgo de Gestión                                     | Sí     |
| Procesos | DE APOYO   | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgo de Liquidez                             | 193     | Posibilidad de inexactitud o diferencias en el arqueo de caja                                                                                                                                                                                                      | Riesgo de Liquidez                                    | Sí     |

Se realizó seguimiento selectivo a 3 riesgos la efectividad y el soporte los controles de los 26 riesgos del proceso Gestión Gasto, con el siguiente resultado:

- Los riesgos fueron actualizados en la vigencia 2025 a través de la plataforma SIGERINC, en acompañamiento de la persona encargada de Gestión de Riesgos designada por la Oficina de Planeación.



- En los equipos primarios de mejoramiento (EPM), realizados trimestralmente, la persona designada responsable del Área de Oficina de Planeación envía el enlace donde detalla una matriz para ser gestionado por los líderes de procesos de los diferentes riesgos.
- El riesgo *“Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros ante la estimación de las necesidades de insumos de las dependencias que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente”* contiene un número considerable de controles (7) que reflejan las actividades del día a día del proceso contractual, sin embargo, por lo que se recomienda evaluar y validar si estos controles están estructurados de acuerdo con Manual y la Guía actualizada de riesgos, que ataquen la causa raíz de la exposición al riesgo.
- Respecto de la revisión de los riesgos de Gestión del Gasto se evidencio uno de los riesgos de crédito materializado en el mes de septiembre, respecto de los documentos entregados por la coordinación del Grupo Área Gestión Financiera, la funcionaria designada para registrar la información en el SIGERINC y los autores del proceso se identificó que no se reportó este riesgo materializado en el informe del tercer trimestre. *“2.3 Incumplimiento de los objetivos establecidos ante el incremento de la cartera no recuperable”*.

| Tipo de gestión | Macroproceso | Proceso           | Subsistema        | ID Riesgo | Riesgo                                                                                       | Tipo de Riesgo    | Aprobado | Activos | Causas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Control |
|-----------------|--------------|-------------------|-------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Procesos        | DE APOYO     | GESTIÓN DEL GASTO | Riesgo de Crédito | 81        | Incumplimiento de los objetivos establecidos ante el incremento de la cartera no recuperable | Riesgo de Crédito | No       |         | <ul style="list-style-type: none"><li>Fallas de facturación en la radicación, en la conciliación de glosas y registro inoportuno de glosas</li><li>Inoportunidad en las respuestas y registro de objeciones y conciliaciones.</li><li>Falta de adherencia a proceso, a contratos y a la normatividad vigente.</li><li>Falta de gestión a las causales de glosa por: error en autorizaciones, errores en proceso de facturación, pertinencia, tarifas, falta soportes.</li><li>Barreiras para la radicación y conciliación de cuentas</li><li>Inoportunidad en la auditoría de cuentas</li><li>Cambio en políticas de contratación y pagos</li><li>Cambios permanentes de normatividad e implementación</li><li>Deficiencia en los entes de control respecto de mesas de circular 030 de 2015 entes territoriales</li><li>Falta de exigencias de la superávit de pago por parte de las aseguradoras al INC</li><li>Entidades responsables de pago en intervención o liquidación</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>CT-586 Realizar gestión de cobro de cartera a nivel integral incluyendo el cobro prejudicial con inicio de coactivo.</li><li>CT-736 Seguimiento a indicadores de cumplimiento en oportunidad de registro de glosa y devoluciones</li><li>CT-380 Supervisión del contrato con aliado estratégico en la ejecución del procedimiento de cartera</li><li>CT-779 Ejecución del plan de intervención de cartera</li><li>CT-096 Realizar firma de acuerdos de pago de cartera reconocida</li><li>CT-274 Seguimiento conjunto entre cartera, facturación y mercadeo a la ejecución de los contratos con ERP</li><li>CT-296 Aplicación y cumplimiento de procedimiento de conciliaciones de cartera</li></ul> <p>Ejecución de comités de cartera y de seguimiento a la cartera</p> <p>En caso de liquidación de ERP, realizar reclamación jurídica de acreencias, reconstrucción de facturación y soportes</p> |         |



Seguimiento y Monitoreo de Riesgos por proceso 3er trimestre 2025 - GDG

| Objetivo                                                                                                                                                            | Control | Valor | Calificación | Observaciones | Recomendaciones | Responsable          | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------------|---------------|-----------------|----------------------|---------------|
| GESTIÓN DEL GASTO 01 RECONOCIMIENTO DE RIESGOS - ¿conozco como debe controlarse este riesgo?                                                                        | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 02 RECONOCIMIENTO DE RIESGOS - ¿conozco los riesgos que los afectan según el riesgo que se maneja?                                                | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 03 RIESGOS, ACCIONES Y MEDIDAS - ¿he actualizado mi matriz de riesgo y de ser necesario, ¿cómo lo he actualizado?                                 | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 04 CONCILIACIÓN Y CONCILIACIÓN - ¿se ha informado de conciliaciones y devoluciones de los riesgos con los equipos de trabajo, ¿cuando lo realice? | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 05 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 06 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 07 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 08 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 09 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 10 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 11 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 12 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 13 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 14 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 15 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 16 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 17 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 18 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 19 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |
| GESTIÓN DEL GASTO 20 CONTROLES PREVENTIVOS A LOS RIESGOS - ¿cómo se controla el riesgo?                                                                             | 100     | 5     | 5            |               |                 | Marta Yanez GQ Parra |               |



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA  
GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CÓDIGO: GS-P02-F-21

VERSIÓN: 3

VIGENCIA: 30-10-2024

Página 4 de 6

#### FOMAG

Se socializa la cartera con corte a octubre de 2025, la cual es por valor de \$8.155.027.444, se envió la cartera el 24 de octubre de 2025 a FOMAG, con el fin de hacer la actualización sin a la fecha recibir respuesta, se ha llamado a la funcionaria Jaquelin con el fin de solicitar cita con el gerente o financiero sin a la fecha poder recibir una respuesta positiva.

Por parte de facturación se informa Valor por Conciliar \$8.788.431.186, de los cuales \$2.803 millones están por la firma digital del médico, de lo cual Sistema ya hizo una certificación y Fomag lo está revisando, próxima cita de conciliación el 21 de noviembre del 2025

#### Compromisos cartera

Esperar respuesta al correo del 24 de octubre de 2025, para realizar nuevo cruce

#### Compromisos facturación:

Cita de conciliación para cierre y levantar glosa por firmas medicas

#### FAMISANAR

Compromiso cartera enviar correo a la Dra. Karely Gerente KARELY SUGHEY SANDOVAL HERRERA Gerente Administrativa y Financiera EPS FAMISANAR (En Intervención), con el fin de realizar seguimiento a los pagos realizados en el mes de octubre de 2025 y verificación del cumplimiento del acuerdo de pago de \$16.000.000 millones

De acuerdo con lo anterior, se deja de presente que, debido al mal comportamiento de pago de las EPS intervenidas, a partir del mes de septiembre de 2025, no se ha podido cumplir con la meta de recaudo, a sabiendas que a pesar de realizar las gestiones de cobro y realizar los controles correspondientes, está latente la materialización del riesgo "Incumplimiento de los objetivos establecidos ante el incremento de la cartera no recuperable".

Ahora bien, debido al desequilibrio financiero que atraviesa el sector salud, que vislumbra una alerta en la recuperación de los recursos a nivel nacional, se hace necesario tomar medidas preventivas y radicales que disminuyan la cartera y que eviten que la misma se incremente, pues a pesar de establecer mecanismos de cobro administrativos y jurídicos, no es suficiente dicha gestión, configurándose así un desfinanciamiento tanto para las entidades públicas como privadas que limitan la prestación de los servicios de salud, como medidas drásticas entre ellas el cierre definitivo de servicios.

Siendo las 4:00 p.m, se da por terminada la reunión.

- En el sistema SIAPINC y SIGERINC no registraron acciones de mejora del riesgo materializado, se evidencia el acta de seguimiento donde se registró la falta de cumplimiento del indicador, por cuanto necesario que los responsables apliquen lo establecido en el Manual y la Guía de Riesgos cuando se materializa un riesgo.



|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 25 de 28 |                                                   |           |             |

- Al realizar el seguimiento de controles y solicitud de las evidencias cada uno de los Grupos presento los soportes como se muestra en el informe, sin embargo, la coordinación del proceso de Gestión del Gasto manifiesta que en la herramienta que suministra la Oficina de Planeación través de la funcionaria gestora de riesgos en forma trimestral, un link que direcciona a SIGERINC para diligenciamiento de la matriz (evidenciado en el indicador monitoreo y seguimiento a riesgos de proceso GCO), es de precisar que el sistema SIGERINC no dispone de las precitadas evidencias de ejecución del control.
- A pesar de que cada responsable del proceso maneja las evidencias de los controles en sus tareas diarias, se recomienda tener las identificadas y soportadas en el seguimiento de riesgos que realiza cada uno de los responsables del proceso.

#### Hallazgos:

- Debido al incumplimiento en las metas de recaudo iniciado en septiembre de 2025, se produjo la materialización del riesgo “Incumplimiento de los objetivos establecidos ante el incremento de la cartera no recuperable”. Dicho evento no fue documentado conforme al Manual y la Guía de Gestión de Riesgos, omitiendo procesos obligatorios como el análisis de causa raíz, el reporte del indicador de materialización y el diseño de acciones de mitigación. Cabe anotar que, tras la identificación de este hallazgo por parte de la Oficina de Control Interno, el Grupo de Cartera se encuentra gestionando el respectivo plan de mejoramiento.
- Para la vigencia 2025, el proceso de Gestión del Gasto estableció 26 riesgos distribuidos así: Área Financiera (14), Gestión de Contratación Logística y Abastecimiento (10) y Cartera (2). No obstante, tras validar la información en el sistema SIAPINC, se evidenció que solo 15 de estos riesgos cuentan con el seguimiento correspondiente, quedando 11 riesgos sin el monitoreo establecido por el precitado Sistema.

#### Recomendaciones:

- Durante el seguimiento realizado en las pruebas aleatorias de los riesgos del proceso de Gestión del Gasto, se observó que el seguimiento a la efectividad de los controles se realiza de manera física y por cada una de las áreas o dependencias y por el líder de proceso de Gestión del Gasto mediante archivo Excel. Sin embargo, es importante trazabilidad automatizada de la gestión de riesgos, por cuanto se recomienda que a través de los responsables del manejo de los sistemas de información se evalúe la incorporación de los registros y soportes documentales que respalden dicho monitoreo.
- El proceso de gestión del gasto no solo concentra los riesgos financieros, presupuestales y contables, sino que para la vigencia 2025, además involucra los riesgos de contratación, logística y abastecimiento, haciéndose necesario fortalecer el análisis y cumplimiento de la totalidad de los riesgos; para ello, es indispensable establecer mecanismos de coordinación con los demás líderes de Grupo Área y Grupos, garantizando así un seguimiento integral y la eficacia en los controles establecidos, hasta tanto no realicen la modificación de cada responsable en el SIGERINC.

➤ **Proceso Gestión Comercial:** La Oficina de Control Interno realizó mesa de trabajo con el Líder del proceso Gestión Comercial del INC, con el fin de hacer seguimiento a los roles y responsabilidades, respecto del conocimiento y seguimiento de los riesgos del proceso encontrando:

- El proceso de Gestión Comercial tiene identificado 2 riesgos discriminados así: 1 de Liquidez y 1 SICOF, así:




### Mapa de Riesgos 2025

| Riesgo   | Macroproceso | Proceso           | Subsistema                                     | ID Riesgo | Riesgo                                                                                                                                                                                   | Tipo de Riesgo                                        | Aprobado |
|----------|--------------|-------------------|------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN COMERCIAL | Riesgo de Liquidez                             | 88        | Posibilidad de no contar con la suficiencia de capacidad instalada frente a la demanda de servicios que no permite implementar las estrategias del plan de mercadeo y del plan de ventas | Riesgo de Liquidez                                    | No       |
| Procesos | DE APOYO     | GESTIÓN COMERCIAL | SICOF-S Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno | 92        | Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al no ejercer la debida supervisión contractual a Entidades Responsables de Pago                                                  | Riesgos de corrupción, opacidad y fraude: SICOF- PTEE | Sí       |

- La gestión de riesgo se maneja con base a lo establecido por la institución, y los soportes de los controles se encuentran en el indicador.

|                                                                                   |                                                   |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|  | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 26 de 28                                                                   |                                                   |           |              |

- La información del indicador se carga que en la herramienta que suministra la Oficina de Planeación través de la funcionaria gestora de riesgos en forma trimestral remite un link que direcciona a SAGERINC para diligenciamiento de la matriz. (evidenciado en el indicador monitoreo y seguimiento a riesgos de proceso Gestión Comercial) no hay evidencias que permitan verificar el seguimiento, con la revisión de segunda línea se evidencia registrado hasta el mes de septiembre de 2025.
- Los controles se encuentran debidamente identificados, especificando el cuándo y el cómo se ejecutan por cada responsable. De igual manera, los integrantes del Área de Gestión Comercial tienen conocimiento de dichos controles, lo que permite evitar la materialización de estos riesgos.
- La última actualización fue en la vigencia de 2025; la revisión y actualización de los controles se revisa de forma anual, sin embargo, la Líder del Área de Gestión Comercial hará la reevaluación de los riesgos del Área teniendo en cuenta que está muy reciente en el cargo, lo que le ha permitido visualizar los posibles riesgos a que está expuesto el proceso.

#### Recomendaciones:

- Durante el seguimiento realizado en las pruebas aleatorias de los riesgos del proceso Gestión Comercial, se observó que el SAGERINC no contiene registros o soportes que sustenten la efectividad de los controles debido a que en la herramienta no lo exige de carácter obligatorio, sin embargo, la coordinación del proceso Gestión Comercial mostro evidencias mediante soportes Físicos y archivo Excel, por cuanto se recomienda que a través de los responsables del manejo de los sistemas de información de riesgos se evalúe la incorporación de los registros y soportes documentales que respalden dicho monitoreo.
- Estructurar los Riesgos del Grupo de Gestión Comercial teniendo en cuenta la nueva Guía de Gestión del Riesgo.

Como evidencia de las mesas de trabajo realizadas, se tienen las listas de verificación y el Acta de la mesa de trabajo firmada por el Líder de cada proceso.

### CONCLUSIONES

- A pesar del acompañamiento de la Segunda Línea de Defensa (Planeación), persiste una debilidad en la gestión del conocimiento técnico sobre el aplicativo **SAGERINC**. Esta limitación técnica en la Primera Línea de Defensa impide una administración ágil y oportuna, dificultando la integración de la información para los ejercicios de supervisión y auditoría.
- La redacción de los riesgos y controles no cumple con los lineamientos técnicos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7, vigente a la fecha del seguimiento.
- No obstante los avances en la gestión del riesgo al interior de la INC, es necesario por parte de la Primera Línea de Defensa reevaluar periódicamente el análisis del contexto, las causas raíz, los riesgos y sus consecuencias, así como la valoración de los riesgos y las actividades de control, asegurando que los controles no sean solo tareas administrativas, sino respuestas efectivas a las consecuencias identificadas.
- Aunque las actividades de control se ejecutan operativamente, el sistema SIAPINC no refleja el cumplimiento real de los controles, lo que debilita la capacidad de los equipos para demostrar la efectividad de su gestión y limita la trazabilidad necesaria para los análisis de riesgos.
- Si bien el proceso cuenta con controles identificados y socializados, la falta de registro sistemático de los indicadores y la subestimación de eventos materializados (eventos que impactan los procesos no identificados en mapa de riesgos), debilitan la eficacia del sistema de gestión de riesgos.
- El proceso no cuenta con un seguimiento actualizado en las herramientas institucionales para la vigencia 2025. El reporte en la herramienta SAGERINC solo presenta información hasta octubre de 2025. Además, no se evidencia el reporte mensual del indicador de "Riesgos materializados" en la plataforma SIAPINC para

|                 |                                                   |           |              |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 27 de 28 |                                                   |           |              |

todos los procesos del Instituto.

- La excesiva concentración de riesgos para procesos como Unidades Funcionales de Tratamiento o Gestión del Gasto, limita la capacidad de gestión individualizada y oportuna. Esta saturación revela una deficiente asignación de roles y responsabilidades dentro de los equipos de trabajo, lo que impacta la Gestión Integral del Riesgo y la rendición de cuentas.

### RECOMENDACIONES

- Para la vigencia 2026 se recomienda reajustar la descripción de los riesgos y sus respectivos controles de acuerdo con la sintaxis y metodología de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas. Versión 7, del Departamento Administrativo de la Función Pública, asegurando que cada control cumpla con los criterios establecidos en dicha Guía.
- Fortalecer la gestión del riesgo institucional mediante la revisión y ajuste de los roles y responsabilidades de los procesos involucrados, garantizando que cada riesgo cuente con un responsable claramente definido, controles efectivos y mecanismos de seguimiento, de conformidad con los lineamientos establecidos en la Política de Administración del Riesgo del Instituto.
- Implementar un plan de fortalecimiento de competencias dirigido a los líderes de proceso que se enfoque en la técnica de identificación de riesgos y especialmente en la gestión de la evidencia. Se debe estandarizar que toda actividad de control ejecutada cuente con un soporte digital rastreable que valide su efectividad ante terceros.
- Se recomienda a la segunda línea de defensa, seguir adelantando las mesas de trabajo para la capacitación de la política de administración del riesgo, y apoyar a los procesos en la identificación de riesgos y valoración de riesgos y controles, y realizar una evaluación objetiva de la administración del riesgo en el Instituto, la cual debe estar alineada con las metodologías establecidas en la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- A partir de los monitoreos realizados por los líderes de proceso, cuando se identifique la materialización de un riesgo, realizar las acciones de mejora establecidas en la Guía de Riesgos y mitigarlo. Así mismo, la necesidad de modificar riesgos, controles o soportes de control, reportar a las áreas o procesos encargados de actualizar dichos documentos y publicarlos en el portal en SIAPIN.
- Se recomienda asegurar la actualización periódica y oportuna del indicador de riesgos en la plataforma SIAPINC, conforme a los lineamientos institucionales, con el fin de garantizar el seguimiento continuo, la trazabilidad y la toma de decisiones oportunas frente a la materialización de riesgos.
- Dado que los riesgos en salud varían según el tipo de atención y las condiciones específicas de cada servicio, se recomienda realizar una revisión integral de la asignación de los riesgos, con el fin de descentralizar su gestión y garantizar que la identificación, implementación de controles y respuesta frente a la materialización de eventos adversos se realicen de manera oportuna, evitando retrasos en la toma de decisiones y fortaleciendo la capacidad de mitigación de riesgos.

Elaborado por:

*Martha Sanchez de H.*

MARTHA EMILIA SÁNCHEZ

Elaborado por:

*Martha Patricia Quintero*

MARTHA PATRICIA QUINTERO

|                 |                                                   |           |             |
|-----------------|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
|                 | INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA                | 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 28 de 28 |                                                   |           |             |

| Profesional Universitario                                                                                      | Profesional Especializado                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Elaborado por:</b><br><br><b>LILIANA ISABEL BOUDE FIGUEREDO</b><br><b>Médico Especialista</b>               | <b>Elaborado por:</b><br><br><b>GERMAN ANDRÉS SALAMANCA</b><br><b>Profesional Universitario</b> |
| <b>Aprobado por:</b><br><br><b>MARÍA CAROLINA HERNÁNDEZ VILLEGAS</b><br><b>Jefe Oficina de Control Interno</b> |                                                                                                 |

| 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:       | ¡Error! desconocido propiedad documento. Nombre de de | Cargo:       | Jefe Oficina Control Interno |
| Dependencia: | Oficina Asesora de Planeación y Sistemas | Dependencia: | ¡Error! desconocido propiedad documento. Nombre de de | Dependencia: | Oficina de Control Interno   |
| Fecha:       | 25-04-2023                               | Fecha:       | ¡Error! desconocido propiedad documento. Nombre de de | Fecha:       | 28-04-2023                   |