

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 9			

Fecha Informe:	29 de marzo de 2019	Fecha de seguimiento	2 de enero al 22 de febrero de 2019
Proceso/Procedimiento auditado:	Los Procesos: Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión Institucional.		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar seguimiento a los controles definidos para los riesgos y evaluar su efectividad para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos.		
Alcance del seguimiento:	Evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, determinados como: Extremos y Altos, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo septiembre-diciembre de 2018.		
Criterios:	Resolución 0660 del 04 de julio de 2017 por medio del cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto. Guía para la Administración del Riesgo versión 3 del Departamento Administrativo de la Función Pública, e Instructivo para realizar seguimientos de la Oficina de Control Interno GSI-P10-I-02, numeral 4 seguimientos a la implementación y efectividad de la Gestión del Riesgo del Instituto. Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 reglamentario del sector de la Función Pública, numeral 2.4 Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, a cargo de la Oficina de Control Interno.		
Metodología empleada:	Consulta en Módulo de Planes de Mejora de Riesgos por Proceso de SIAPINC4. Mapa de Riesgos por Proceso. Agendamiento con Líderes de Procesos. Visitas, verificación de registros y entrevista con los responsables del control de los riesgos y registro de evidencias en el aplicativo para el levantamiento de los riesgos por Proceso y de corrupción.		
Responsable del seguimiento:	Médico Especialista y Profesional Especializado, Oficina de Control Interno.		

HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones y rol frente a la Evaluación de la Gestión del Riesgo presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2018, realizado a los Procesos/Procedimientos con riesgos determinados como extremos y altos así:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 2 de 9			

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Diagnóstico y Estadificación		Prestar servicios de Diagnóstico y Estadificación a los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE con oportunidad y seguridad; apoyando las políticas de investigación, docencia y asesoría cuando sea requerido.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología.	1. No cumplimiento del paquete instruccional de identificación de las muestras por parte del personal de enfermería. 2. Falta de automatización en la marcación e identificación de las muestras en el servicio de radiología y patología. 3. No adherencia al procedimiento de traslado de muestras. 4. Sobrecarga laboral, rotación personal nuevo distracción del personal, rutina en la ejecución de actividades que genere exceso de confianza y produzca el error.. 1. Suplantacion de identificación. .	REDUCIR EL RIESGO	Ejecución de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras de laboratorio.. Etapa de impelemtación de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Patología y Radiología). Paquete instruccional de identificación de muestras..	X	La Oficina de Control Interno evidenció en los registros del indicador, índice de muestras mal identificadas en el Laboratorio, que el riesgo se sigue materializando concluyendo que los controles no son suficientes y efectivos. En este contexto, se sugiere identificar las causas detalladas de los errores de marcación de las muestras de laboratorio clínico en los servicios en los cuales se materializa el riesgo, con el fin de abordar de manera específica la acción de mejoramiento que permita mitigar el riesgo.

Docencia		Formular y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Generación de daño al paciente por parte de los estudiantes, residentes o especialistas en entrenamiento	Ausencia de supervisión del personal en formación por parte de los docentes del INC . Déficit en los conocimientos y habilidades de base que deben ser adquiridas previo al ingreso al INC .	REDUCIR EL RIESGO	Supervisión. Delegación progresiva de actividades. Programa de seguridad del paciente .		La Oficina de Control Interno evidenció que al cierre 31 de diciembre de 2018, el riesgo se materializó como consecuencia de la ineffectividad de los controles. En este contexto, se sugiere revisar la implementación de los controles, con el fin de mitigar el riesgo.
R4	Enviar inoportunamente las calificaciones de los estudiantes a las IES	Ausencia de directrices internas claras sobre el tema. Desconocimiento de los reglamentos estudiantiles. Falta de adherencia los procedimientos institucionales. Falta de seguimiento y mediciones a los tiempos de entrega de notas.. Demoras en la entrega de las notas a las IES .	REDUCIR EL RIESGO	Envío previo del formato a los docentes. Comunicación de las IES solicitando las notas. .		La Oficina de Control Interno evidenció que al cierre 31 de diciembre de 2018, el riesgo se materializó como consecuencia de la ineffectividad de los controles. En este contexto, se sugiere revisar la pertinencia del segundo control definido para mitigar el riesgo, dado que no es un control de responsabilidad del Instituto.
R7	No realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC	Módulos extensos en la inducción virtual Falta de controles en la plataforma para asegurar la revisión y aprobación de todos los módulos Ausencia de la información previa de los estudiantes para la programación de la inducción. Incidencias con la plataforma de inducción virtual del proveedor del servicio Dificultades de los estudiantes para el acceso a la plataforma.	REDUCIR EL RIESGO	Reporte del proveedor sobre la aprobación de los módulos. Comunicación con los estudiantes sobre la inducción. .		La Oficina de Control Interno evidenció que se iniciará a partir de febrero de 2019 el registro del dato del indicador para evaluar la materialización del riesgo. En consecuencia, posterior a esa fecha se evaluará la efectividad de los controles.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 3 de 9			

Gestión Apoyo Clínico		Realizar oportuna y eficientemente la prestación de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Caida del paciente durante el proceso de atención	REDUCIR EL RIESGO	Aplicación de la escala de valoración del riesgo (Dawnton) a todos los pacientes. Auditoria de evaluación de registros de enfermería (Notas y escalas de riesgos) GSI-P02-F-38. Procedimiento de Inducción y retroalimentación permanente al personal para sensibilizar acerca prevención de caídas. Educación al paciente, familia y/o cuidador para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado (GSI-P02-f-39). Rondas de seguridad diaria estructurada en el programa de seguridad del paciente..	x	La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con las Coordinadoras de Gestión de Apoyo Clínico y Enfermera líder de seguridad del paciente evidenciándose: La educación al paciente, familia y cuidador se realiza al momento de ingreso del paciente y en plan de egreso para paciente de hospitalización y de GAICA. El programa de seguridad del paciente diligencia formato de entendimiento de la información y es firmado por el paciente y familiar. Se realiza capacitación de caídas al personal en la inducción, charlas de retroalimentación y en rondas. Se realizan rondas relacionadas con caídas dos veces por semana. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que el riesgo se materializa en GAICA por cuanto no son efectivos los controles definidos e implementados en dicho servicio.
R4	Dispensación errónea de medicamentos	EVITAR EL RIESGO	Perfil farmacoterapeutico . Validación de prescripción . Control interno de dispensacion (estrategia con oprador x logistico).		La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con las Coordinadoras de Gestión de Apoyo Clínico Servicio Farmacéutico evidenciándose: Seguimiento a la dispensación de medicamentos, momento en el cual se identifica errores de dispensación y corrige de inmediato . Se realiza medición mediante indicador índice de errores de medicación, el cual incluye otras causas a los errores de dispensación. La Oficina de Control Interno concluye que el riesgo se materializa, no obstante implementarse los controles definidos. Se sugiere independizar el indicador de errores de dispensación, con el fin de definir estándar para la materialización del riesgo y revisar la definición del riesgo orientado al evento adverso.
R7	Pérdida de medicamentos de alto costo	REDUCIR EL RIESGO	Custodia permanente del medicamento en la farmacia / entrega en unidades y preparado. Marcación del medicamento para uso institucional. Entrega del sobrante o x envase utilizado con el medicamento a la farmacia por parte de enfermería .		La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con las Coordinadoras de Gestión de Apoyo Clínico y Servicio Farmacéutico evidenciándose: Servicio Farmacéutico menciona que no es posible realizar devolución de sobrantes a la farmacia, por lo que se sugiere ajustar el control relacionado. No se ha implementado el indicador propuesto. La custodia de medicamentos se realiza con entrega de turno y soporta con registro en libro. La marcación de medicamento para uso institucional no se realiza, ante lo cual se recomienda revisar la pertinencia del control relacionado. La entrega de medicamento no utilizado se realiza y se registra en SAP. Se está implementando rondas de seguridad que incluya la revisión de medicamentos. La Oficina de Control Interno concluye que no es posible determinar si el riesgo se ha materializado, ante lo cual se sugiere definir mecanismo de medición que permita evaluar la materialización del riesgo.

Gestión de Archivo y Documental		Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo	REDUCIR EL RIESGO	vitacora (libro) - prestamos de Historia Clínica ocasional y formato GAD-P01-F-04 (Solicitud y control de prestamo de historias clínicas para otros grupo) Formato GAD-P01-F-06 (Solicitud y control de préstamos de historia clínica para consulta externa) y Formato GAD-P01-F-13 (Solicitud y control de prestamo de documentos). Auditoria de verificaciónde cumplimiento de los formstos para prestamos de documentos.. Tarjeta de reemplazo de prestamo de historias clínicas identificadas con colores diferentes según el tiempo de retro del documento o expedientes..	x	La Oficina de Control Interno verifica los informes de auditoría a historias clínicas físicas y documentos de archivo central. Se realiza retroalimentación a los responsables. De igual manera, se evalúa el diligenciamiento de formatos. Se cuenta con indicador proporción de historia clínica física extraviada, con periodicidad mensual y resultados en 0%. La Oficina de Control Interno evidencia que no se ha materializado el riesgo en cuanto a historia clínica y otros documentos o expedientes dados en préstamo por la Coordinación de Gestión Documental. En este contexto, se recomienda revisar la pertinencia del indicador definido con el fin de evaluar la materialización del riesgo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 4 de 9	

Gestión Comercial y del Ingreso		Gestionar de manera oportuna la venta de servicios oncológicos, cumpliendo las metas institucionales, fortaleciendo la imagen corporativa y asegurando el recaudo para contribuir a la sostenibilidad financiera.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Disminución de la demanda y participación en el mercado por factores internos y externos	-Incumplimiento de cláusulas pactadas en la relacion contractual como: falta de oportunidad en la prestación de servicios, falla en la atención al usuario de tipo administrativo. -No contar con un estudio de capacidad instalada ajustado a la demanda con cada ERP. -Capacidad instalada subutilizada y sobreofertada. -Desactualización del estudio de mercados que incluya tarifas. -No contar con modelos de contratación diferentes a evento e integral. . Competencia tecnologica superior Nuevas IPS con servicios oncológicos competentes.	REDUCIR EL RIESGO	Legalizacion y seguimiento a los contratos (Manual de supervision de contratos, Procedimientos documentados, Matriz de seguimiento contractual, comité de seguimiento contractual, plan de mercadeo). Referente nacional de atención en cáncer; Ejecución del plan de desarrollo - POA institucional (indicadores); Normatividad vigente . Plan de Mercadeo 2015 - 2018.	x	La Oficina de Control Interno realizó visita de seguimiento con el líder del Proceso evidenciando el avance de las siguientes acciones para reducir el riesgo: (1) Cumplimiento del plan de mercadeo en 100%. (2) Se realiza seguimiento a las Entidades Responsables de Pago (ERP), el cual se registra en archivo excel denominado guía contratos 2018. (3) El análisis del seguimiento a las entidades se realiza en Comité de ejecución de manera mensual, registrando en Acta las decisiones adoptadas. (4) El seguimiento a los indicadores de ejecución de plan de mercadeo y de contratos gestionados se realiza en Equipos Primarios de Mejoramiento, registrando en Acta el desarrollo del mismo. (5) Con respecto a la capacidad instalada no está ajustada a la demanda de cada entidad responsable de pago. (6) En cuanto a la evaluación y materialización del riesgo, se requiere maduración en el registro de información para analizar el comportamiento del respectivo indicador.
R4	Aceptación de glosa	Errores precontractuales y contractuales. Falta de adherencia a proceso y a la normatividad vigente. Falta de gestión a las causales de glosa por: Error en autorizaciones Errores en proceso de facturacion. Pertinencia. Tarifas. Falta soportes. Inoportunidad en la socialización de tarifas. No actualizacion de minuta contractual a la normatividad vigente. Fallas en el procedimiento de permanencia del personal debido a: Alta rotación de personal. Capacitación inadecuada del personal. Perfiles inadecuados para desempeñar el cargo. Inoportunidad en las respuestas y registro de objeciones y conciliaciones. . Cambio en la normatividad sin previa evaluación del impacto a los cambios para las IPS. Falta de adherencia a proceso y a la normatividad por parte de las ERP. Error en autorizaciones del ERP. Barreras para la radicación y conciliación de cuentas Inoportunidad en la auditoria de cuentas.	REDUCIR EL RIESGO	Inclusión de Normatividad vigente resolucion 3047 del 2008 y 4331 de 2014 en cada uno de los contratos. . Indicadores de oportunidad de recepcion y respuesta de glosa . Procedimiento integral de facturación bajo la supervisión del contrato con aliado estrategico (incluye procedimiento de glosas) compartiendo el riesgo..		La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con el líder del Grupo Área de Gestión Comercial y del Ingreso evidenciando el avance de las siguientes acciones para reducir el riesgo: En el evento de identificarse los motivos de glosa en un área específica, se realiza reunión de retroalimentación con los líderes del respectivo Procedimiento. Se evidencia cumplimiento de plan de intervención de glosas en 60%. Se dispone para 2019 del indicador: Porcentaje de glosa definitiva con meta del 5%, el cual permitirá establecer si el riesgo se materializa o no.
R5	Incremento de la cartera no recuperable	Aceptación de Glosa definitiva No agotamiento de las etapas de gestión de cobro.. Cambio en la normatividad Liquidación de entidades en intervención Falta de capacidad economica de las personas naturales.	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento de gestión de cobro y cartera.. Indicadores de cumplimiento de metas de recaudo y de depuración.. Supervisión del contrato con aliado estrategico en la ejecución del procedimiento de cartera..		La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con el líder del Grupo Área de Gestión Comercial y del Ingreso evidenciando el avance de las siguientes acciones para reducir el riesgo: Se realiza capacitación mensual al Grupo de facturadores, en temas como SAP, procesos, contratos, con evaluación pre y post. Se realizó manual de cartera para alinear los procesos y la normatividad. Se cumplen las metas de recaudo por vigencias, depuración de cartera y porcentaje de cumplimiento de plan de cartera. Se contrató abogado a cargo del tercerizado para apoyar los procesos jurídicos de cobro de cartera. Se realiza la presentación de cuentas incobrables en Comité de sostenibilidad para la toma de decisiones con relación al castigo de cartera. Se realiza la supervisión al aliado estratégico en la ejecución de cartera. Se evidencia que existen actos administrativos de depuración de cartera en las cuales se observa que la cartera no recuperable no ha aumentado, es decir el riesgo no se ha materializado.

Gestión del Sistema de Desempeño Institucional		Direccionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Posibilidad de condenas en demandas derivadas de la prestación del servicio del INC	REDUCIR EL RIESGO	Protocolos institucionales y guías de manejo. Guías practica clinica segura - paquetes instruccionales contemplado por el programa de seguridad del paciente.. Seguimiento a las politicas de calidad, ambiental, Talento humano y gestion de la tecnología..	x	La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información por parte del responsable asignado, para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.
R4	Incumplimiento de la normatividad general aplicada a la Institución por entes reguladores. (Habilitación, Certificaciones de Buenas Prácticas (INVIMA), derechos laborales, entre otras).	REDUCIR EL RIESGO	Auditoria internas y Autoevaluaciones. Cumplimiento de normatividad de habilitación/ reportes oportuno de hallazgos, eventos adversos o incumplimientos.. Capacitación permanente de las normas actuales y cambios normativos aplicadas a la institución..	x	La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información por parte del responsable asignado, para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 5 de 9	

Gestión del Gasto		Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	1. El Supervisor de Contrato asignado no tiene las competencias necesarias para evaluar técnica o administrativamente el cumplimiento de los requisitos contractuales 2. El Supervisor de Contrato no cumple las funciones y responsabilidades asignadas para ejercer la Supervisión 3. Corrupción y/o fraudes de los funcionarios o contratistas.. Información errónea o falsedad por parte de los contratistas.	EVITAR EL RIESGO	Ejercer las funciones de supervisión o interventoría, bajo lo establecido por la ley 1474 de 2011, la Guía de Colombia Compra Eficiente, Estatuto y Manual de Contratación, con el fin de dotar a los supervisores e interventores de herramientas de conocimiento para realizar una correcta vigilancia y seguimiento a los contratos. Ubicados en el Siapinc y página web. Designar a los supervisores o interventores de acuerdo a la experticia profesional y de conocimientos propios al bien, servicio u obra que se vaya a ejecutar. Designados contractualmente.. Efectuar capacitaciones a los supervisores designados..	X	Como resultado del análisis de la efectividad de los controles, la Oficina de Control Interno concluye que los controles definidos para reducir el riesgo no son pertinentes, ni suficientes para reducir el riesgo. En este contexto, se reitera revisar las causas del riesgo y validar los controles para mitigar el mismo.
R4	Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	1. Las áreas involucradas no cumplen con los plazos establecidos en el cronograma de cierres de fin de año. 2. A pesar de que se les envía el reporte mensuales a los supervisores de contratos, no hay una oportuna ejecución de los mismos. 3. Los supervisores de contratos salen a su periodo de vacaciones y disfrute de semana de fin de años sin informar y ejecutar en gran mayoría los contratos. 4. Demora por parte de las áreas responsables en oportunidad de entrega de facturas. Los proveedores: No legaliza los contratos. No cumplen con la entrega oportuna del bien o servicios contratados. No cumplen la oportunidad de entrega de facturas y soportes para pago respectivo..	COMPARTIR O TRANSFERIR	Reportes mensuales a los supervisores de los contratos informando el avance de ejecución. Se hacen reuniones con los supervisores durante la vigencia para informar y solicitar la oportuna ejecución. . Se elabora y socializa el cronograma de cierre y apertura de fin de año a todos los funcionarios del INC por correo. . Comité de seguimiento financiero mensual. .		La Oficina de Control Interno evidenció que el líder del Proceso Gestión de Gasto en reunión de Equipo Primario de Mejoramiento, realizó con corte al tercer trimestre de 2018, seguimiento a las actividades y controles definidos para el riesgo. De igual forma el líder del Proceso manifestó que el cierre de la vigencia 2018 se realizó oportunamente. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles establecidos intervienen las causas para mitigar el riesgo identificado.

Investigación		Generar o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las líneas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Demora en los cierres de los proyectos de investigación	1. Inadecuada formulación en lo técnico-científico del protocolo de investigación. Inadecuada planeación de actividades, recursos y necesidades en los protocolos de investigación. 2. No adquisición oportuna de los recursos programados para el proyecto de investigación. 3. Pérdida del talento humano responsable del estudio..	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento a los cronogramas por el grupo de monitoria. Comité de Etica. Reunión de seguimiento presupuestal de proyectos..		La Oficina de Control Interno como resultado del seguimiento, concluye que los controles fueron mejorados, están implementados, sin embargo los registros del indicador reflejan que el riesgo "Demora en los cierres de los proyectos de investigación" se sigue materializando como lo evidencia el registro y análisis del indicador del cuarto trimestre de 2018. En este contexto, se sugiere revisión e implementación de las oportunidades de mejora del informe presupuestal del III trimestre 2018, con el fin de intervenir el 100% de las causas raíz y reducir el riesgo.
R7	Pérdida de la certificaciones nacionales o internacionales como centro de investigación ante los entes de control y organismos de certificación.	1. Incumplimiento de los criterios normativos establecidos 2. Inadecuado autoevaluación de los requisitos nacionales e internacionales. . Intereses políticos particulares .	REDUCIR EL RIESGO	Auditoría interna en BPC Buenas Prácticas Clínicas. Seguimiento a los planes de mejora. .		A la fecha de este seguimiento la Oficina de Control Interno evidenció la realización de las auditorías internas en Buenas Prácticas Clínicas (BPC), sin embargo no se evidencia seguimiento a los hallazgos de la auditorías internas realizadas en 2018.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 6 de 9			

Gestión de la Tecnología		Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnología Biomédica, Tecnología de la Información y la Comunicación (TICS) de acuerdo con las necesidades institucionales; con oportunidad, disponibilidad y eficacia que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R5	Perdida de información Institucional (Sistemas)	1. Virus 2. Borrado involuntario 3. Fallos en la Base de Datos 4. Falta de socialización en temas de seguridad de la información 5. Daño físico 6. Falta en la lectura del Backup 7. Accesos no autorizados . 1. Ataques informáticos 2. Ingreso de equipos externos a la red que puedan vulnerar la seguridad de la información 3. Alteración o robo de información por suplantación .	REDUCIR EL RIESGO	Política / Manual de política de seguridad informática / Centro de recuperación de desastres para sistema de misión Crítica SAP., Estrategia de Backups / Herramientas para ejecución / . Administradores de seguridad (antivirus, seguridad perimetral, antispam, firewall, UTM, servidor de dominio)	x	La Oficina de Control Interno como resultado del seguimiento a la efectividad de los controles para reducir el riesgo, evidenció: Política de seguridad publicada y vigente en la pag web Política de privacidad y protección de datos Manual de política de seguridad informática Centro de recuperación de desastre implementado Datacenter\Anexo Técnico DRP Instituto Nacional de Cancerología Informes de Pruebas periódicas de CDR Estrategias de Backup Bitacora de backup Control de cintas de backup Administradores de seguridad, los Indicadores de seguridad reportados en SIAPINC Indicador Acumulado Antivirus: Año*: 98.49 Seguridad Perimetral (UTM: Firewall y antispam): Porcentaje de eventos e incidentes solucionados antes de una hora relacionados con la seguridad de la información Indicador Acumulado Año*: 100.00 Servidor de dominio Indicador Acumulado Año: 98.48 En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son razonablemente efectivos, sin embargo es necesario implementar herramientas para visibilizar nuevas vulnerabilidades. Así mismo, se requiere actualizar la Política de Seguridad.
R11	Daño de equipos originados por el uso o condiciones físicas inadecuadas.	1. Aplicación inadecuada de procedimientos de uso de equipos. 2. Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección. 3. Déficit de capacitación en sitio de trabajo para equipos sensibles. 4. Deficiencias en el proceso de inducción. 5. Alta rotación de personal en áreas, falta de comunicación oportuna de personal nuevo para capacitar. 6. Falta de sentido de pertenencia y descuido de los funcionarios. 7. Inestabilidad en las condiciones eléctricas (Picos de voltaje). 8. Manipulación insegura de los equipos durante los mantenimientos preventivos o correctivos tanto de personal interno como externo.	REDUCIR EL RIESGO	Capacitación a todos los niveles (Todos los funcionarios que intervienen en el proceso). Identificación de fallas o situaciones inseguras a través de Rutinas de verificación y de capacitación., Creación de carpeta compartida, para consulta de instrucciones de manejo básico de equipos y el protocolo de mantenimiento Manual de limpieza y desinfección de equipos actualizado.(GHA-P03-M-03).		La Oficina de Control Interno como resultado del seguimiento a la efectividad de los controles para reducir el riesgo, evidenció: Estudio de calidad de energía eléctrica e implementación de acciones de mejora mediante instalación de UPS. Inclusión en los contratos de proveedores de equipos capacitación en limpieza y desinfección. Apertura de carpeta de servicios biomédicos con registro de las indicaciones de limpieza y funcionalmente para todos los equipos. Capacitaciones presenciales con pre y postest. Capacitación en uso seguro de equipos en sitio. En 2018 se realizaron capacitaciones en Equipos Primarios a nivel de Grupo Área de la Subdirección Médica. Rutinas de verificación y de capacitación a los servicios críticos, con cronograma e indicador de POA de cumplimiento. Manual de limpieza y desinfección en proceso de actualización, con las recomendaciones de limpieza por cada proveedor. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que en el último trimestre de 2018 objeto del presente seguimiento, no se ha materializado el riesgo.

Salud Pública		Diseñar, desarrollar e implementar acciones en control del riesgo, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y vigilancia epidemiológica para el control del cáncer en Colombia.			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A DICIEMBRE 31 DE 2018		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Falta de recursos financieros para el diseño y la ejecución de acciones, programas y proyectos	REDUCIR EL RIESGO	Evaluación y seguimiento financiero de Programas y Proyectos. Evaluación y seguimiento del POA. .	X	Realizado el análisis de la efectividad de los controles, la Oficina de Control Interno concluye que los controles definidos para reducir el riesgo no son pertinentes, ni suficientes para reducir el riesgo. En este contexto, se reitera revisar las causas del riesgo identificado y validar los controles para mitigar el mismo.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 7 de 9			

Unidades Funcionales de Tratamiento		Gestionar los procedimientos asistenciales inherentes a la atención del paciente oncológico en forma oportuna, eficiente e integral			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R6	Pérdida de especimen anatomopatológico.	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (Recepcion, almacenamiento traslado de muestras). Lista de chequeo de salida del paciente...	x	La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con el Coordinador de Salas de Cirugía evidenciándose: Se dispone de paquete instruccional, con instructivo el cual se ha socializado mediante capacitaciones trimestrales. El mencionado paquete debe actualizarse. Persiste el problema de la implementación del listado CUPS. Pendiente la socialización de los códigos a Residentes y Estudiantes. Se trabaja en la implementación de marcación por SAP, la cual se encuentra en pruebas. El Procedimiento se modificó específicamente en lo relacionado con el cambio de responsable de la marcación de la muestra por parte de instrumentadora. Se implementó lista de chequeo. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que de acuerdo con la medición de los incidentes de rotulación de muestras, el riesgo se sigue materializando sin desconocer su disminución, por lo que los controles no son suficientes. Se sugiere revisar los controles definidos para la mitigación del riesgo.
R7	Realizar procedimiento quirurgico, sitio o paciente equivocado.	REDUCIR EL RIESGO	listas de chequeo antes, durante y despues.. Parada de seguridad antes y durante(cirugia prolongada).. Procedimiento de marcacion de sitio operatorio/ tablero de identificación de paciente por sala de cirugía.	x	La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con el Coordinador de Salas de Cirugía evidenciándose: El paquete instruccional de salas de cirugía contempla la marcación del paciente con código de barras, existencia de tres listas de chequeo para verificar identificación del paciente y marcación de sitio quirúrgico. Se realiza parada de seguridad con paciente despierto. Se realiza socialización a Enfermería. La Oficina de Control Interno recomienda capacitar a Especialistas y Residentes en paradas y listas de verificación. Así mismo, revisar el paquete instruccional de identificación institucional para articularlo con el de Cirugía. Se evidenció implementación de la totalidad de los controles definidos. En 2018 no se materializó el riesgo. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son efectivos para evitar que se materialice el riesgo, sin embargo se recomienda implementar auditoría periódica para garantizar 100% de cumplimiento de las listas de chequeo y paradas.
R8	Incidentes relacionados con cuerpos extraños o instrumentos dejados en área quirúrgica. (Presencia de oblitos)	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (conteo de elementos quirugicos). Tablero de control por sala de cirugía..	x	La Oficina de Control Interno realizó seguimiento con el Coordinador de Salas de Cirugía evidenciándose: Implementación de parada quirúrgica a la salida y lista de chequeo para evitar cuerpos extraños o instrumentos en área quirúrgica. Implementación de la totalidad de los controles definidos. Reporte de incidentes relacionados con diferencias en el conteo, los cuales se corren en el acto quirúrgico, evitando así la presencia de eventos adversos relacionados. En este contexto, la Oficina de Control Interno recomienda implementar auditoría periódica para garantizar cumplimiento de 100% de listas y paradas.

En el período de seguimiento septiembre-diciembre de 2018, no fue posible realizar análisis y evaluación a la efectividad de los controles de la totalidad de Procesos con riesgos definidos como altos y extremos, tal como lo dispone la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 de 2017), limitando de esta manera el alcance del presente Informe de Seguimiento.

- **Evidencia:** La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información por parte del responsable asignado, para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos determinados como extremos y altos del Proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional.

RESUMEN RIESGOS CON SEGUIMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018

NOMBRE DE PROCESO	RIESGOS ALTOS Y EXTREMOS	TOTAL RIESGOS CON SEGUIMIENTO
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	2	0
Diagnóstico y Estadificación	1	1
Unidades Funcionales de Tratamiento	3	3

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 8 de 9			

Gestion de Apoyo Clínico	3	3
Docencia	3	3
Investigaciones	2	2
Salud Publica	1	1
Gestion y Desarrollo del Talento Humano	N/A	N/A
Gestion Hotelera y Ambiental	N/A	N/A
Gestion de Archivo y Documental	1	1
Gestion del Gasto	2	2
Gestion Contable	N/A	N/A
Gestion Comercial y del Ingreso	3	3
Gestion de la Tecnología	2	2
TOTALES	23	21

CONCLUSIONES

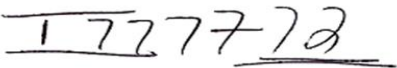
1. La Oficina de Control Interno en cumplimiento del artículo sexto de la Resolución 0660 de 2017 (Política Administración del Riesgo), realizó Seguimiento a los riesgos determinados como Extremos y Altos.
2. No fue posible evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos determinados como extremos y altos con corte a 31 de diciembre de 2018, del Proceso Gestion del Sistema de Desempeño Institucional, por cuanto no se obtuvo la información respectiva por parte del responsable asignado.
3. La Oficina de Control Interno evidenció que el instrumento adoptado por el Instituto para el levantamiento del Mapa de Riesgo por Procesos continúa sin implementarse en SIAPINC 4 hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
4. Se evidenció que algunos líderes de Proceso no realizan seguimiento y monitoreo de los riesgos bajo su responsabilidad.
5. En términos generales, a la fecha de corte del presente informe de seguimiento se evidenció:
 - 5.1 Para algunos riesgos los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y evitar la materialización del riesgo.
 - 5.2 No todos los controles están implementados; se requiere registros del control y maduración del mismo para efectuar seguimiento sistemático del análisis y efectividad del control.
 - 5.3 Algunos riesgos continúan materializándose.
 - 5.4 Algunos indicadores definidos para medir la materialización los riesgos no son pertinentes.

RECOMENDACIONES

1. Implementar en el Sistema de información SIAPINC 4 el instrumento para el levantamiento del Mapa de Riesgos por Proceso y Mapa de Riesgo Institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 9 de 9			

2. Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 del 4 de julio de 2017), en el sentido de realizar monitoreo y seguimiento a los riesgos del Proceso a cargo.
3. Atender por parte de los líderes de Proceso, las visitas de verificación y seguimiento agendadas de manera concertada por la Oficina de Control Interno.
4. Revisar y evaluar que la definición del control permita realizar mediciones y registros con el fin de evaluar con posterioridad la efectividad de los mismos.
5. Verificar que los controles intervengan la totalidad de las causas para reducir la materialización del riesgo.
6. Implementar en el Instituto la última versión de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles de octubre de 2018, emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Elaborado por	Aprobado por
 Angela Constanza Romero I. Médico Especialista	
 Isabel Herrera Rodriguez Profesional Especializado INC.	 Buenaventura Orduy Burgos Jefe Oficina Control Interno INC