

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 1 de 36	

Fecha Informe:	16 de febrero 2021	Fecha de seguimiento	mayo – diciembre de 2020
Proceso/Procedimiento auditado:	Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión Institucional.		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar seguimiento a la Gestión del Riesgo y los controles definidos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos.		
Alcance del seguimiento:	Evaluar y verifica los controles definidos, así como su efectividad para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, determinados como: Extremos, Altos y de Corrupción, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo mayo-diciembre de 2020.		
Criterios:	Resolución 494 de 2019 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 y el diseño de controles en Entidades Públicas versión 5 de noviembre de 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública, e Instructivo para realizar seguimientos de la Oficina de Control Interno GSI-P10-I-02, numeral 3 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 y la Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces.		
Metodología empleada:	Revisión de las Matrices de Autoevaluación elaboradas por la Oficina de Control Interno y diligenciadas por los responsables de los Procesos evaluados, revisión de los soportes remitidos por los líderes de los Procesos en relación con la implementación de los controles.		
Responsable del seguimiento:	Amparo Inés Espitia Peña, 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 realizó seguimiento virtual teniendo en cuenta la situación actual de emergencia sanitaria por la pandemia por Covid – 19. En este sentido, elaboró Matrices de Autoevaluación para cada Proceso con el fin de facilitar el diligenciamiento de la implementación de los controles definidos para los riesgos altos, extremos y de corrupción por parte de los líderes de los Procesos evaluados.

Es preciso reconocer el trabajo realizado por los líderes de los Procesos evaluados en el diligenciamiento de las matrices mencionadas, que hacen más eficiente la labor de seguimiento y adicionalmente apoyan los mecanismos de autoevaluación y autocontrol de los Riesgos institucionales por parte de los Procesos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 2 de 36			

Para el mejor entendimiento de las observaciones y recomendaciones registradas por la Oficina de Control Interno en el presente informe es necesario tener en cuenta que se realizó evaluación de la materialización de los riesgos, la idoneidad de los controles, lo adecuado de éstos para prevenir o mitigar los riesgos, así como la verificación de las actividades implementadas mediante el soporte de evidencia, de acuerdo con la información observada en los Mapas de Riesgos y en las Matrices de Autoevaluación diligenciadas por los líderes de los Procesos/Procedimientos evaluados.

En este contexto, a continuación, se presenta la estructura del instrumento que soporta la evaluación de la Gestión del Riesgo, realizada por la Oficina de Control Interno:

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES

En las primeras tres columnas encontrarán la materialización del riesgo, descripción de la implementación cada uno de los controles, las evidencias de implementación de las actividades para cada control, de acuerdo con la información y las evidencias diligenciadas en la Matriz de Autoevaluación que fue remitida a los líderes de los Procesos/Procedimientos a la Oficina de Control Interno.

En la cuarta columna encontrarán las recomendaciones registradas por la Oficina de Control Interno para el mejoramiento progresivo de la Gestión del Riesgo en el Instituto.

Así las cosas, se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2020, realizado a los Procesos/Procedimientos con riesgos determinados como extremos, altos y de corrupción, así: Salud Pública, Investigación, Gestión Comercial, Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura, Gestión del Gasto, Gestión de Tecnologías de Información, Gestión de Sistema de Desempeño Institucional, Gestión de Desarrollo del Talento Humano, Proceso Apoyo Clínico y Diagnóstico y Estadificación.

Es de anotar que el líder del Proceso Unidades Funcionales de Tratamiento no envió a la Oficina de Control Interno la Matriz de Autoevaluación de la efectividad de los controles ni evidencias, situación que impidió realizar el seguimiento a dicho Proceso, de igual manera el Proceso Apoyo Clínico remitió la información de forma parcial.

PROCESO: SALUD PÚBLICA

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 3 de 36	

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO"	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Seguimiento y verificación del cumplimiento de las metas de SP del Plan de Desarrollo Institucional 2019-2022, por que en las metas se realizan actividades que ayudan a mitigar la materialización del riesgo, como documentos técnicos con la postura del Instituto frente a proyectos de Ley relacionados con cáncer, acciones de replica a medios de comunicación, control del riesgo para tabaco y otros.</i> <i>En el PDI, esta incluida la línea estratégica de salud pública, con las estrategias para contribuir al control de los factores de riesgo prevenibles para cáncer, se formulan las acciones anuales mediante el POA, documentadas en SIAPINC, Se aplica a nivel de todos los niveles,se mide trimestralmente."</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"1.0 seguimiento al PDI actividades enfocadas a mitigar el riesgo</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizan asistencias técnicas en temas relacionados con SP, en servicios oncologicos, a los registros poblacionales de cáncer, en control de calidad de pruebas de tamización</i> <i>Así mismo, el INC define su postura e influencia institucional con base en información proveniente de proyectos de ley definidos para el control del cáncer, está documentada su aplicación en el programa de salud pública, lo lidera el Grupo de Políticas y Movilización Social, y se remiten según sea requerido. Adicionalmente, se emiten alertas de seguimiento legislativo por parte del Grupo de Políticas y Movilización Social cada vez que se requiere y según agenda legislativa."</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"2.1 a 2.6 copias de las actas asistencias técnicas</i> <i>2.7 resultado de los indicadore de influencia,</i> <i>2.8 copia de los correos electrónicos enviados por el Grupo de Políticas y Movilización Social con las alertas legislativas.</i> <i>2.9 Copia del boletín."</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Cada trimestre se realiza seguimiento a actividades del macroproyecto por parte de monitoria y se reporta el indicador a la oficina asesora de planeación, así como se tiene el seguimiento a la ejecución financiera del macroproyecto de SP. De esta manera planeación genera los indicadores POA relacionados con este seguimiento."</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"3.0 Seguimiento Macroproyecto".</i>	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 4 de 36	

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Presencia e influencia del INC ante los tomadores de decisiones. Se realizaron acciones de influencia de política".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"4.0 Indicador de conceptos técnico 4.1-4.12 Conceptos técnicos y radicados al MSPS".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizaron acciones de replica en medios de comunicación y se remitieron los boletines de vigilancia de medios de comunicación."</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"5.0 Indicador de replica a medios 5.1 a 5.15 Boletines de monitoreo a medios".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizaron acciones dirigidas a la población, como el concurso Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"6.0 Indicador de estrategias de Cesación Tabaquica 6.1 Informe final concurso de tabaco 2020".</i>	

PROCESO: INVESTIGACION

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 5 de 36	

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Durante el año 2020 se realizó seguimiento a todo el proceso de investigación, mediante el seguimiento trimestral del EPM de la subdirección de Investigaciones donde se envían como ejemplo 2 presentaciones de EPM realizadas en los meses de octubre y diciembre de 2020 La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No Materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "El comité de Ética en investigación como responsable de garantizar el adecuado cumplimiento de los principios de Buenas Prácticas clínicas (BPC) de los proyectos de investigación que se desarrollan en la institución, desarrollo durante todo el año un total de 42 sesiones de discusión interdisciplinaria y en conceso la valoración del cumplimiento de todos los principios científicos, metodológicos y éticos de la investigación . Se adjunta el informe de gestión firmado por el Presidente del CEI ya que las actas del CEI son confidenciales y no son de acceso general."	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "1. Presentación EPM_SUBINV_III-2020_22oct2020.pdf 2. Presentación EPM_SUBINV_IV-2022_21dic2020.pdf"	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Los Investigadores del INC para poder tramitar cualquier aprobación del CEI deben contar con una certificación vigente en BPC por ello es claro que en la institución que todos los investigadores y co-investigadores realizan formación periódica en Buenas prácticas clínicas (BPC) , esta tiene una vigencia de 3 años. Dicha capacitación se realizó a través de la plataforma virtual, esta genera un certificado de capacitación que refleja los módulos tomados por cada investigador y es requisito del sometimiento del CEI".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "3. Informe de gestión CEI 2020.pdf".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Los procesos de investigación disciplinaria derivados de incumplimiento del código de ética y buen gobierno son confidenciales y hasta el momento no se ha materializado ninguno. La declaración de cumplimiento de este código se realiza una vez al año por ello se adjunta Código de integridad. Se adjunta como evidencia la Invitación institucional al curso virtual de integridad 2020".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "4. Soporte de registro de las certificaciones del curso de buenas prácticas.pdf 5. listado de certificaciones emitidas en BPC.xls (ver dos hojas)	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Los procesos de investigación disciplinaria derivados de incumplimiento del código de ética y buen gobierno son confidenciales y hasta el momento no se ha materializado ninguno. La declaración de cumplimiento de este código se realiza una vez al año por ello se adjunta Código de integridad. Se adjunta como evidencia la Invitación institucional al curso virtual de integridad 2020".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "6. Código de Integridad INC 7. Invitación institucional al curso virtual de integridad 2020".	La Oficina de Control Interno observó que el soporte no corresponde a la evidencia de los resultados de la evaluación de adherencia del código de ética y buen gobierno. En este sentido, se sugiere realizar evaluación de adherencia al código.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 6 de 36			

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"El comité de Etica en investigación como responsable de garantizar el adecuado cumplimiento de los principios de Buenas Prácticas clínicas (BPC) de los proyectos de investigación que se desarrollan en la institución, desarrollo durante todo el año un total de 42 sesiones de discusión interdisciplinaria y en conceso la valoración del cumplimiento de todos los principios científicos, metodológicos y éticos de la investigación . Se adjunta el informe de gestión firmado por el Presidente del CEI ya que las actas del CEI son confidenciales y no son de acceso general".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"8. Certificación adherencia BPC del CEI 2020</i>	La Oficina de Control Interno observó que el soporte no corresponde a la evidencia de la implementación del control. En este sentido se recomienda definir de manera más precisa como se implementa dicho control en el mapa de riesgos, teniendo en cuenta que las declaraciones de bienes y renta por si mismas no son un control.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Desde el Grupo de apoyo y seguimiento para investigacion se desarrollan actividades permanentes, periódicas de control de calidad de las investigaciones a los datos, ademas de tiene una cobertura al 100% de los proyectos aprobados por el comite de etica del tipo :Investigación institucional y desde de 2020 a los de investigacion extrinstitucional independientes de la industria. A su vez las bases de datos de registros de información son validadas y revisadas por la unidad de análisis de datos, este es un control adicional.</i> <i>Así mismo la oficina asesora de planación y sistemas realiza reporte de seguimiento de los proyectos de investigacion con recursos de inversion y dicho informe es publicado en la página web de INV/como numeral 6.3. Programas y proyectos en ejecución.</i> <i>Se cuenta con indocadores de que reflejan el seguimiento global de la investigación con resultados satisfactorios para el año 2020".</i> <i>"No Materializado".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"9. Ejemplo Acta monitoria1_ seg riesgos IV-2020 (1)</i> <i>10. Ejemplo Acta monitoria1_ seg riesgos IV-2020 (2)</i> <i>11. Ejemplo Acta monitoria1_ seg riesgos IV-2020 (3)</i> <i>12. Informe transparencia proyectos INC IV-2020</i> <i>13. Soportes de Seguimiento de monitoria y del proceso de investigación.pdf</i> <i>14. Estadísticas de seguimiento y asignación monitoria a Dic 2020".</i>	La Oficina de Control Interno observó que la explicación descrita en el mapa de riesgos no corresponde. En este sentido, se solicita que en lo sucesivo se envíe las evidencias del instrumento REDCAP. La Oficina de Control Interno observó que el soporte no corresponde. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunte evidencia del control para el registro de la información y verificación de análisis de los datos. La Oficina de Control Interno observó que el soporte no corresponde. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunte evidencia del control para el registro de la información y verificación de análisis de los datos.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Los Investigadores del INC para poder tramitar cualquier aprobacion del CEI deben contar con una certificación vigente en BPC por ello es claro que en la institución que todos los investigadores y co-investigadores realizan formacion periódica en Buenas prácticas clínicas (BPC) , esta tiene una vigencia de 3 años.</i> <i>Dicha capacitación se realizó a traves de la plataforma virtual, esta genera un certificado de capacitación que refleja los modulos tomados por cada investigador y es requisito del sometimeinto del CEI".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"5. Soporte de registro de las certificaciones del curso de buenas prácticas.pdf</i> <i>6. listado de certificaciones emitidas en BPC.xls (ver dos hojas)".</i>	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 7 de 36	

PROCESO: GESTIÓN COMERCIAL			
VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO SE MATERIALIZÓ EL RIESGO. La evaluación del riesgo se realizó a través de la vigilancia y seguimiento contractual y estricto seguimiento al Plan de Intervención de Cartera y a los indicadores del procedimiento".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Cartera" •La función de seguimiento y vigilancia contractual fue ejercida de acuerdo con las funciones establecidas en el mismo contrato y en el Manual de Supervisión e Interventoría - GDG-P02-M-02. Mensualmente el contratista realizó informe de gestión, el cual es revisado y evaluado por la supervisión el contrato. De acuerdo con este informe, se efectuó reunión de seguimiento conjunta entre el Líder del Aliado Operador de Cartera y la Coordinadora Grupo Gestión de Cartera en calidad de supervisora del Supervisión del contrato deja constancia en acta institucional de seguimiento al contrato, la cual es suscrita. Estas actas soporte para la elaboración mensual del "INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA Y CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS" - GDG-P05-F-07. Estos documentos son reposan en el expediente contractual bajo la custodia del Grupo de Compras y Contratación. •El análisis y seguimiento a los indicadores son socializados en los comités de Seguimiento a la Cartera; Gestión de Cartera; EPM- GCM, entre otros. •En el mes de octubre de 2020. Se inició nuevo proceso de selección para la gestión integral de recaudo y cartera, cuyos estudios previos, , respuesta a los proveedores, evaluación habilitante y evaluación técnica reposan en la página de internet del Instituto (www.cancer.gov.co - link "Contratación" Convocatoria Pública No. 621-2020). •Que como producto del proceso de selección antes señalado, el día 25 de noviembre de 2020, el Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado y la Unión Temporal Gestores en Salud, suscribió Contrato No. 0741 de 2020, cuyo objeto es LLEVAR A CABO DE MANERA TERCERIZADA, DE FORMA AUTOGESTIONARIA, CON AUTOCONTROL, AUTOGOBIERNO, INDEPENDIENTE Y AUTÓNOMA, LA GESTIÓN INTEGRAL DE RECAUDO Y CARTERA, LA GESTIÓN DE COMPENSACIONES, DEPURACIÓN DE SALDOS DE CARTERA, REGISTRO OPORTUNO Y SISTEMÁTICO DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES DE FACTURAS O CUENTAS, DERIVADAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD O DE CUALQUIER SERVICIO QUE PRESTE EL INSTITUTO A LAS DIFERENTES ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, ENTIDADES DE EDUCACIÓN O EN GENERAL TODO TIPO DE ENTIDAD RELACIONADA CON EL INSTITUTO, Con plazo de ejecución del 01 de diciembre de 2020 hasta el 31 de mayo de 2022. •Que la función de vigilancia y seguimiento contractual del mes de diciembre de 2020, se efectuará acta institucional e informe de supervisión entre el 13 al 15 de enero de 2021, esto en razón a que previamente se debe contar con el informe de gestión por parte del aliado operador y registro y análisis de indicadores del mes de diciembre de 2020 en el Siapinc.	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Cartera" 1.) Informe de Gestión: La UT Gestores y Soluciones en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, durante la vigencia del contrato No. 0741 de 2018 ha presentado a través de los informe mensuales de gestión, donde versa el avance de la ejecución, seguimiento y análisis de indicadores, entre otras. Los informes de gestión realizados por el Aliado Operador de Cartera (Unión Temporal Gestores y Soluciones) durante el periodo de tiempo comprendido entre el 01 de mayo al 30 de noviembre, Se anexa en medio electrónico los informes de gestión. 2.) Acta de Seguimiento Contractual: En virtud del informe de gestión presentado por el contratista, la supervisión del contrato procede a revisar las actividades ejecutadas para la gestión integral de recaudo de cartera, gestión de compensaciones, depuración de saldos de cartera, registro oportuno y sistemático de glosas y devoluciones de facturas, entre otras, y nivel de cumplimiento de las metas contractuales, PDI, POA y presupuestales (determinadas en cada vigencia). Dicha revisión (entre ella los indicadores) se realiza a través de acta suscritas entre el Supervisor del contrato y el Líder de Cartera de la UT GyS, para lo cual se relacionan las actas de seguimiento contractual. Se anexa en medio electrónico las actas de seguimiento contractuales mayo 2020. 3.) Informe de Supervisión: Las actas antes relacionadas son soporte para la elaboración del "INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA Y CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS" - GDG-P05-F-07, los cuales reposan en el expediente contractual. Se anexa en medio magnético copia de los Informes de Supervisión, donde en el numeral 2.1. consta el nivel de la evaluación de las obligaciones contractuales. 4.) Indicadores: Los indicadores del Grupo Gestión de Cartera se encuentran registrados y analizados de manera periódica (según programación) en el sistema de información institucional SIAPINC – link "PLAN OPERATIVO ANUAL (P.O.A) y "Indicadores de proceso" / Proceso GCM Gestión Comercial – Procedimiento para Gestión de Recaudo., donde se encuentra también el seguimiento del Plan Integral a la Cartera Facturación 1. Informes de supervisión, Indicadores de Proceso e indicadores POA, Planes de mejora realizados por el aliado estratégico, Actas de reunión mensual de los equipos de mejoramiento.	La Oficina de Control Interno observó que no se adjunta el soporte (indicador). En este sentido, se recomienda que en lo sucesivo de adjunte el soporte de control para este tipo de actividades.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 8 de 36	

	Facturación La revisión de todos los procedimientos contratados dentro de la Gestión de Facturación se realizan mensualmente y se adjuntan en el INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA Y CERTIFICACIÓN DE EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS" - GDG-P05-F-07. Estos documentos son reposan en el expediente contractual bajo la custodia del Grupo de Compras y Contratación. en este documento se encuentra la información presentada por el contratista y la presentación final de la información comparada con los registros en el aplicativo de información SAP., se evidencian los indicadores que presentan desviación y se verifica el plan de mejora presentado por el contratista	2. Se radico en el año 2019, un oficio al aliado estratégico informando las desviaciones encontradas en el proceso a lo que el aliado respondió con un plan de mejora y adicionalmente se documentó el plan de intervención de glosa. 3. Se envió correo a VCO, con el informe de auditoría del procedimiento de glosa en diciembre de 2020".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	
"La matriz de riesgos está levantada con el aliado estratégico VCO, principalmente para valorar la principal gestión que involucra a todo el Instituto que es la Gestión de glosas y conciliaciones. Con el aliado se diseño un plan de intervención de glosas, en el cual participó adicionalmente el grupo de mercadeo y el grupo de cartera, con el finde ayudar a controlar el impacto que genera este procedimiento".	"La matriz de riesgos está levantada con el aliado estratégico VCO, principalmente para valorar la principal gestión que involucra a todo el Instituto que es la Gestión de glosas y conciliaciones. Con el aliado se diseño un plan de intervención de glosas, en el cual participó adicionalmente el grupo de mercadeo y el grupo de cartera, con el finde ayudar a controlar el impacto que genera este procedimiento".	"1. Matriz de riesgos revisada con el aliado, seguimiento al plan de intervención de glosa".	
"NO SE MATERIALIZÓ EL RIESGO, La evaluación del riesgo se realizó a través del seguimiento contractual, el seguimiento al Plan de Intervención de Glosa y a los indicadores del procedimiento de Facturación. La aceptación de glosa definitiva se encuentra por debajo del 3% meta establecida para el Instituto y para el Aliado estratégico".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno observó que no se adjuntó el soporte.
	"El recaudo de caja se controla desde la tesorería con el registro en SAP de cada uno de los recibos generados por el ingreso de dineros y debe ir cruzado con las facturas que se recaudan, adicionalmente se genera un reporte diario de los ingresos el cual es entregado y revisado por la tesorería, tambien existe el rqueo de caja que realiza al tesorería en los días que ellos estimen".	"1. Reporte del sistema sap y arqueos de caja 2. Revisión y reporte de valores no cruzados, con las facturas particulares realizado por la coordinación de facturación del INC a la tesorería".	En este sentido, se recomienda que en lo sucesivo se adjunte el soporte de control de esta actividad.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	
	"Cuando la glosa ingresa al Instituto el grupo de cartera, evidencia si la glosa es extemporánea y elabora un oficio que envía a la entidad informando que la glosa recibida es extemporánea; de igual forma se ingresa al sistema para hacer la respuesta y conciliación respectiva. Desde la coordinación de facturación del Instituto se realiza auditoría a las respuesta de glosa, verificando calidad de la contestación, aplicación de la norma y soportes correspondientes. Se estableció el plan de mejora con el plan de intervención de glosa, que aplica para el mayor porcentaje de motivos de glosa"	"1. Oficios enviados a las aseguradoras, 2. Registro de auditoría de las glosas, 3. Ejecución del plan de intervención de glosas, registrado en SIAPINC, con indicadores".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 9 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se materializo el riesgo, se cumplió de acuerdo a lo programado en el que participan el líder de cartera, facturación, mercadeo, ejecutivos de cuenta y referentes de cada uno de los grupos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se llevan a cabo Comités internos cada 15 días, de seguimiento contractual en los que se presentan ERP, se hace una reorientación de temas como mercadeo, facturación, radicación, glosas, conciliaciones, cartera, autorizaciones, desviaciones de procedimientos, relacionamiento comercial y en los cuales participan los líderes de Facturación, cartera, autorizaciones, mercadeo y ejecutivos de cuenta, en los que se busca analizar cada una de las EPS, ajustes y toma de decisiones a las que haya lugar".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se anexan actas de Comité de Seguimiento Interno se llevaron a cabo 12 reuniones se tomo una muestra aleatoria de 7 actas".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se materializo el riesgo"	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se realiza continuamente la revisión del proceso de contestación y conciliación de glosa, en cuanto a la facturación, radicación, referencia, cotizaciones, autorizaciones, se revisa mensualmente y se verifica la información presentada por el aliado contra la información de SAP y reportes radicados a las aseguradoras. se realiza una presentación unificada a la dirección y subdirección administrativa del Instituto de manera bimensual, se registra en Acta de Reunión".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "1. Presentación, mensual del informe unificado y 2. Actas bimensuales en la dirección 3. Auditoría del procedimiento de glosa".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se materializo el riesgo, se cumplió de acuerdo a lo pactado contractualmente".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "1) Se programan reuniones virtuales con cada una de las ERP, con las que se tiene contrato, debido a el tema de la pandemia no se realizan presenciales, se llevan a cabo seguimientos contractuales desde el punto de vista de facturación, cartera, autorizaciones, asistencial, informes establecidos por ley, Pqr, tarifas, adiciones, prorrogas ajuste a desviación de procedimientos, relacionamiento comercial y en las cuales participan los funcionarios involucrados en cada uno de los procesos de la EPS y del Instituto Nacional de Cancerología. 2) Se llevan a cabo Comités internos, de seguimiento contractual en los que se presentan ERP, se analizan por parte de mercadeo, facturación, cartera, autorizaciones, desviaciones de procedimientos, relacionamiento comercial y en los cuales participan los líderes de Facturación, cartera, autorizaciones, mercadeo y ejecutivos de cuenta, en los que se busca analizar cada una de las EPS, ajustes y toma de decisiones a las que haya lugar".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se anexan actas de Reuniones virtuales seguimientos contractuales - virtuales y actas de comités internos. durante el año 2020 se llevaron a cabo 305 visitas, de las cuales se tomo una muestra aleatoria de 10 reuniones que se anexa al presente informe. Ademas se anexan actas de comite interno que se llevaron a cabo 12 y se tomo una muestra aleatoria de 12 actas".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 10 de 36			

Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se materializo el riesgo. no hubo desviaciones en el contrato de gestión de cartera No se materializo el riesgo, se cumplió de acuerdo a lo pactado contractualmente con las EPS, Grupo de Gestión de Mercadeo. No se materializo el riesgo, desde el Grupo de Gestión de Facturación se cumplió con lo pactado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Grupo de Gestión de Cartera: Se reitera lo informado en el primer punto. Grupo de Gestión de Mercadeo: Con el fin de lograr establecer un seguimiento a los contratos celebrados entre las EPS y el INC, de una manera eficaz, eficiente de acuerdo a la norma, las entidades se encuentran distribuidas entre los 4 ejecutivos de cuenta, bajo la Supervisión de la Coordinadora de Gestión de Mercadeo, cada uno de los ejecutivos y de acuerdo a las entidades asignadas gestiona las reuniones correspondientes, con el acompañamiento de la supervisora, y los aliados estratégicos de facturación y cartera, durante las reuniones se tratan temas de facturación, Mercadeo y Cartera, así como los ajustes correspondientes a las desviaciones, de esta manera se establecen compromisos por cada una de las partes y control del cumplimiento de los mismos. Grupo de Gestión de Facturación: Se realizan reuniones y conciliaciones con las aseguradoras para mejorar los procesos de comunicación, reporte y conciliación del paso a paso dentro del proceso de facturación y conciliación de glosas".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Grupo de Gestión de Cartera: Se anexa oficio donde se indicó a la Dirección General que no hubo desviaciones o incumplimiento en el contrato No. 0741 de 2018. Grupo de Gestión de Mercadeo: Se anexan actas de Reuniones virtuales seguimientos contractuales, durante el año 2020 se llevaron a cabo 305 visitas, de las cuales se tomo una muestra aleatoria que se anexa al presente informe Grupo Gestión de Facturación: Actas de reunión y conciliación de glosas que reposan en los archivos del Instituto y se envía copia a cartera para la gestión y cobro de saldos a favor del INC".	
---	---	--	--

PROCESO: GESTION DE TECNOLOGÍA CLINICA E INFRAESTRUCTURA

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIA IMPLEMENTADAS Y RECOMENDACIONES.			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Durante el año 2020 se realizamos 50 comités de obra, 13 comités con dirección general. 12 mensuales y uno extraordinario en el mes de diciembre y 37 comités internos semanales".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 11 - acta comité de obras de Dirección 28 firmada ANEXO 12 - acta comité de obra interno No 32 firmada ANEXO 13 - acta de comité de obras interno No 30 firmada".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Seguimiento estricto al manual y estatuto de contratación del INC y consulta de apoyo permanente con Colombia compra eficiente. Se realiza concepto técnico para cada una de las contrataciones, lo cual tiene como objetivo la calificación para habilitar o no una propuesta. Sin embargo, se cuenta con concepto jurídico, económico y una comparación de precios realizado por el grupo de gestión contractual. Cuando surte toda esta etapa de manera	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 14 - EVALUACION TECNICA FINAL. PROCESO 281-2020 CONTRATO 313 - 2020	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 11 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se Materializo Se evalúa la materialización del riesgo, si se presento al menos un caso del riesgo descrito, adicionalmente con la evaluación de cada uno de sus controles y su aplicabilidad en las actividades para la mitigación o eliminación del mismo".	gestión contractual. Cuando surte toda esta etapa de manera satisfactoria es llevado a comité de compras para su adjudicación conforme a los lineamientos de la dirección. Se realiza conan contrataciones conforme a los parámetros que sean requeridos para cada necesidad, siendo contrataciones directas aquellas que por exclusividad de la casa fabricante solo puedan ofertar estos el servicio o la tecnología, para el caso de mantenimiento, la mayoría del plan se realiza de esta manera considerando que se contrata directamente con casa matriz por la idoneidad para la actividad y la consecución de repuestos. Se realiza concepto técnico para cada una de las contrataciones, lo cual tiene como objetivo la calificación para habilitar o no una propuesta. Sin embargo, se cuenta con concepto jurídico, económico y una comparación de precios realizado por el grupo de gestión contractual. Cuando surte toda esta etapa de manera satisfactoria es llevado a comité de compras para su adjudicación conforme a los lineamientos de la dirección".	ANEXO15 - REEVALUACION TECNICA..REQUISITOS HABILITANTES PROCESO 281-2020 CONTRATO 313 - 2020 ANEXO 16 - Reevaluación Técnica 563-2019 CONTRATO 643 - 2019 ANEXO 17 - Reevaluación técnica - Requisitos Técnicos Habilitantes 563-2019 CONTRATO 643 . 2019 ANEXO 27 - Conceptos técnicos de propuestas".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "verificación de perfiles técnicos en la etapa de calificación técnica y desarrollo del contrato".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 18 - EVALUACION TECNICA CONVOCATORIA PUBLICA 313 - 2020- MANTENIMIENTO ANEXO 19 - EVALUACION TECNICA CONVOCATORIA PUBLICA 0433 de 2020 CENTRAL DE MEZCLAS".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se realiza interventoría a cada uno de los contratos de obra con seguimiento detallado diario y comités de obra de cada contrato semanal".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 8 - Acta Comité de obra contrato 422 ANEXO 9 - Acta Comité de Obra contrato 432 ANEXO 10 - Acta Comité de Obra contrato 564".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Todos los procesos de contratación ya sean convocatorias publicas , invitaciones a cotizar o aceptación de cotización, son presentados por el área de contratación ante el comité de contratación para su aprobación, escogencia y posterior adjudicación. El comité de compras se realiza conforme a la programación dos días a la semana, el cual toma la decisión de adjudicación, modificación, adición de cada uno de los contratos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Por favor remitirse a ver las actas de comité de contratación realizadas por el área de contratos".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Reporte de incumplimiento de los contratistas ante el área contractual y ejecución de procesos de incumplimiento. Se realiza reporte de incumplimientos por parte del supervisor a las contrataciones, que haya lugar".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 20 - NOTIFICACION DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL CONTRATO 0561 - 2019 Carpeta Compartida BIOMEDICA (1172,36,0,31) (Z:) de seguimiento a contratos donde se evidencia los incumplimientos reportados a través de oficio al proveedor".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 12 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se realizan capacitaciones a los equipos biomédicos en los equipos objeto de los contratos de mantenimiento y de los equipos que son adquiridos, se incluyen condiciones de limpieza y desinfección en las capacitaciones".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 21 - Presentaciones de capacitaciones y Listados de asistencia a capacitación ANEXO 22 - Indicador - Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en tecno vigilancia y manejo de equipos biomédicos".		
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se realizan rutinas de verificación a las diferentes áreas del instituto".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 23 - Indicador - Porcentaje de cumplimiento de rutinas de verificación".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se usa la carpeta compartida de consulta de equipos médicos, la cual contiene las instrucciones de manejo básico, protocolos de equipos y manuales de usuario para las diferentes tecnologías del instituto".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 24 - Evidencia de Carpeta compartida consulta de equipos médicos".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "A pesar de la información, se evidencian practicas inseguras en el manejo de los equipos o en las rutinas de limpieza y desinfección por parte de los usuarios de los equipos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 25 - Indicador de mal uso de los equipos".	La Oficina de Control Interno observó, de acuerdo con la información remitida, que el control no es efectivo, teniendo en cuenta que el riesgo se materializo. En este sentido se recomienda realizar el análisis de la causa de la materializacion del riesgo y reeplantear el control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se continua con el indicador de porcentaje de cobertura del programa de capacitación, el cual evidencia el comportamiento del mismo a lo largo del a, siendo un indicador acumulativo que finaliza su medición en diciembre".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 22 - Indicador - Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en tecno vigilancia y manejo de equipos biomédicos".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "La identificación de fallas o situaciones inseguras se realiza a través de las rutinas de verificación de los equipos, de esta manera se realiza una búsqueda activa, para evitar daño o eventos adversos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "ANEXO 23 - Indicador - Porcentaje de cumplimiento de rutinas de verificación".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 13 de 36	

PROCESO GESTION DEL GASTO

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO			
SE MATERIALIZO EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se materializo el riesgo".			La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "mediante el oficio enviado, por el área de facturación, se procede a verificar en SAP, que correspondan los valores, a los enviados en el oficio. Se verifica el formato de devolución de pacientes, el cual el facturador de la consulta les hace diligenciar a los pacientes, en este nos dan la información del medio de pago, si es en cheque o transferencia bancaria. En caso de ser mediante, cheque se hace el procedimiento en SAP, donde nos arroja de una vez la compensación de este pago. Luego de esto se imprime le cheque con sus respectivos sellos y firmas. A la hora de entregar al paciente, se le verifica que sea el paciente y debe presentar la cedula de ciudadanía y nos firma el comprobante de egreso con huella."		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
			La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "En todos los procesos de contratación se cumple con la verificación de los criterios de selección de los diferentes oferentes, criterios técnicos, financieros y jurídicos según sea el caso y la modalidad de contratación escogida. Para ello, se diligencia una lista de chequeo, donde se constata el cumplimiento de los requisitos y criterios planteados desde el estudio previo y los términos de condiciones. En cada expediente contractual reposa las evaluaciones realizadas por el área técnica, el área financiera y el grupo jurídico, así como las reevaluaciones dependiendo si hubiere subsanación".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Copia de diferentes evaluaciones jurídicas, financieras y técnicas de diferentes proponentes que participaron en procesos de contratación para la vigencia 2020".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 14 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Para la vigencia 2020-2021, se abrió la convocatoria de muestras, en donde todos aquellos proveedores interesados allegan sus insumos y productos requeridos por la entidad para una futura contratación de conformidad con los lineamientos establecidos en los términos de condiciones emitidos para tal efecto y publicados en la página web institucional en el siguiente link: https://www.cancer.gov.co/contratacion_reporte/82/etapas. Posteriormente el servicio evaluador emite su calificación si la muestra cumple técnicamente con lo requerido para ser utilizado o si no cumple".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Copia de los términos de condiciones de la convocatoria de muestras 2020-2021. -Respuestas a interesados en participar. -Evaluaciones técnicas con conceptos favorables o desfavorables emitidas por los diferentes servicios asistenciales de la Entidad. Documentos anteriores que también se encuentran publicados en la página web institucional. https://www.cancer.gov.co/contratacion_reporte/82/etapas"</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"En el mes de octubre y noviembre del 2020, todas las áreas del Instituto, cargaron en la transacción ZPPFOI, en el aplicativo SAP, las necesidades que identificaron para la vigencia 2021, las cuales fueron llevadas a junta Directiva y se asignó el presupuesto para la satisfacción de cada una de ellas".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se adjunta el consolidado del Plan Anual de necesidades para la vigencia 2021, descargado del aplicativo SAP".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Después de contar con el consolidado del plan anual de necesidades y el presupuesto, se presenta ante la Directora General ambos tópicos. Una vez aprobados por ella, se cuenta con el Plan Anual de Adquisiciones. Para la vigencia del 2021, se tiene programado el día 21 de enero, reunión en el cual se presentará las necesidades y el presupuesto, para definitivamente contar con el PAA 2021".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Como a la fecha no se cuenta con la aprobación del PAA vigencia 2021, de adjunta el PAA 2020. EPM a noviembre"</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Todos los meses se realiza dentro del Grupo Área, reunión de equipos primarios, en las cuales se hace seguimiento a las tareas, se socializan resultados y dificultades presentadas dentro del Grupo de Compras y Contratación, hay participación activa del Grupo".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se allegan actas institucionales, donde se evidencian las fechas de las reuniones mensuales y los temas tratados dentro de las mismas".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se llevo acabo las selectivas de activos fijos desde el mes de octubre de 2020, en el cual no se reportaron perdida de activos fijos".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Pantallazo las transacciones ZPAA_SELEP y ZGESCON del aplicativo SAP, con datos allí contenidos según el cargue de la información".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 15 de 36	

	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"se ha socializado al personal encargado de llevar acabo el registro y comunicacion del procedimiento de activos fijos incluido".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Hojas de trabajo firmadas por los coordinadores de los centros de costo visitados".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"se ha socializado al personal encargado de llevar acabo el registro y comunicacion del procedimiento de activos fijos in+J14+J13".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Acta de socializacion del riesgo".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se esta actualizando la informacion en el modulo SAP teniendo encuenta las observaciones presentadas por los coordinadores encuenta al inventario de activos fijos que tienen a su cargo".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Hojas de trabajo firmadas por los coordinadores de los centros y oficios enviados a cada centro de consto con su respectivo inventario".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"El procedimiento para llevar acabo esta actividad esta descrito en el manual de activos fijos, pero por el momento esta riesgo no se ha materializado".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Hojas de trabajo firmadas por los coordinadores de los centros con susu respectivas observaciones".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se hace seguimiento de forma mensual y se envía a cada supervisor por correo electrónico como va la ejecución de los contratos a su cargo".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"No se ha reportado el riesgo de perdida. Pero el procedimiento para el manejo de este incidente se encuentra en el manual de activos fijos el cual se encuentra actalizado y publicado en SIAPINC".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 16 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO SE MATERIALIZÓ EL RIESGO EN LA FECHA COMPRENDIDA ENTRE EL 01 DE MAYO DE 2020 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2020".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Circular de cierre y apertura a 31 de diciembre 2020".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "se adjunta un mes de correos de ejemplo envían ejemplo por ser demasiada información, de requerir más información se remitirá".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Acorde a circular de cierre se recibe oficio de solicitud de cuenta por pagar ante la Dirección y adición en tiempo para la constitución".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "se anexa circular No. INTCIR001202020, se adjunto copias de correos donde se evidencia el seguimiento a la ejecución presupuestal y actividades para constituir el rezago del año 2020".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se hicieron reuniones y llamadas por team para el cierre presupuestal y la constitución de cuentas por pagar".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se anexan 10 ejemplos de solicitud de oficio de cuentas por pagar, se evidenciaron los oficios para constituir el rezago presupuestal".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se remito informe de zejeplan durante el cierre de forma permanente".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Via correo y telefonica".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "se hace de forma permanente".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se anexa tres ejemplos de seguimiento mediante correo electrónico".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Reuniones con la areas".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Correos y pantallas de teams"	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Reuniones con la areas".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "seguimiento permanente, como lo muestran los soportes adjuntos"	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Con corte a 31 de diciembre de 2020, las cuentas por pagar constituidas son de \$6.776 millones de un presupuesto aprobado a 31 de diciembre por \$353.110 millones, lo que significa que se constituyeron cpx del 2%, lo cual es acorde con la meta establecida".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Correos y pantallas de teams , Se anexa relacion de cuentas por pagar en tramite de forma por parte de la Dirección y cargue del indicador".	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 17 de 36	

PROCESO: GESTIÓN TECNOLOGÍAS DE INFORMACION

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIAS			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se implemento herramienta de analítica a sobre la navegacion y uso de aplicaciones tipo cloud. Implementacion NAC - Network control access".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EpjwHde3fthAgafuUFsc3JABHoCQk8-FxN1ASP4otHWgoQ?e=k1gdas" https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EtHJwodH4iVGn5-lHcO3BGcBqkDyboozuabCS4YxHg9ieQ?e=lavqPZ https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EiLbtGDUplRPo38f0xPR7hMBYmPNXETwxrvla2JWXn6YCA?e=HDPycl"	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se implemento fase 1 . Fase 2 se aplazo para Mayo 31 de 2021".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "https://inccancer-my.sharepoint.com/:x/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EQqNskF9lihCu8jW0umd5VQB4Va3Pvqpa_hDLpEsYHHvA?e=tY82oK".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se Implementa firewall de nueva generacion".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/hparra_cancer_gov_co/Es4Rq6Nh13lOjv5VFCHQFLgB1DkFY_hmT54JGOIJ_S_eAQ?e=mrZryK".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se implemento fase 1 de restricciones de navegacion".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "https://inccancer-my.sharepoint.com/:x/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EQqNskF9lihCu8jW0umd5VQB4Va3Pvqpa_hDLpEsYHHvA?e=tY82oK"	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 18 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"NO (Revisar la materialización del riesgo, toda vez que en los pantallazos enviados se evidencia que algunos funcionarios si utilizan pagina tales como Netflix y juegos etc)"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se cierra en el firewall el uso de vpn de tipo publico"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EreKKOieQitAjQMC9ILfAvsB5VIBKWAR8pq3szuN1ee3Lw?e=idtyyC"</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se cierra en el firewall el uso de Resdss de tor y p2p"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/ErY_p-q9yaxBjRmStfSL4FYBx6wSddWJUioHnJZFdhfYlw?e=8tS21A"</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se cierra en el firewall el uso de proxys virtuales"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EsitQ496yo5PgJBVTPuXilQB2Y72MmcdW0LkPGJsV9oXJQ?e=P6cOEi"</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Aplazada aplicacion para mayo 31 de 2021, debido a la baja acogida del nubes corporativas por parte de los usuarios del instituto"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Numero de radicacion de oficios 592840 y 591070 Siapinc"</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Aplazada aplicacion para mayo 31 de 2021, debido a la baja acogida del nubes corporativas por parte de los usuarios del instituto"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Numero de radicacion de oficios 592840 y 591070 Siapinc"</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Aplazada aplicacion para mayo 31 de 2021, debido a la baja acogida del nubes corporativas por parte de los usuarios del instituto"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Numero de radicacion de oficios 592840 y 591070 Siapinc"</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Aplazada aplicacion para mayo 31 de 2021, debido a la baja acogida del nubes corporativas por parte de los usuarios del instituto"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Numero de radicacion de oficios 592840 y 591070 Siapinc"</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 19 de 36	

	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se despliego la politica de tratamiento de datos perosnales en la pagina web del instituto".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/Et6g6P6j8iZOt9IB28Oyr8YBvy8G_eh2ZG4uDvF5YwFcmA?e=xlpJbx"</i> <i>https://www.cancer.gov.co/PoliticasyResolucion_0247_de_2019.pdf".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"El area de Gestion documental despliega Política de Gestion Documental en pagina web cancer.gov.co".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://www.cancer.gov.co/Resolucion_0305-2020_Politica_Gestion_Documental_FisicayElectronica.pdf".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Aplazado para 2021 debido a baja aceptacion de nubes privadas".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"INT-OFI-10118-2020 Siapinc".</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"NO".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Definicion de clasificacion y metadatos para One Drive en conjunto con Gestion Documental y OyM"</i> <i>Estrategia de Preservacion digital".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:b/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/Ee6HFrqvKjVEutyAGOUIkBABcsECOLzOBBrJuRZJ8EohLA?e=njWvet"</i> <i>https://inccancer-my.sharepoint.com/:p/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/ESKmQiWtlcZIsyN5olu9CkgB2BXtws8sflQJn7ld47KOQw?e=w6eymi"</i> <i>https://inccancer-my.sharepoint.com/:w/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EXQEi5OLxSxKgph_wGgxBe4BvYEZ0ZuJg2fyAv_uRxScXg?e=hlpwU"</i>	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 20 de 36			

	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Programado para 2021, de acuerdo a programacion de ejercicio de Gobierno Digital</i> <i>En 2020 se construye Listado de controles de sistemas de informacion y Manual de Contraseñas y control de acceso".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/ES_J0u20V1hEgVFXfjOQYb8BFbrfOhieAsbZ6tX P2clPyA?e=yYe1Ya</i> <i>https://inccancer-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/EZ1MP0eXY_xPuzdqMG7YwM8B1vdd2Py2Bzm Zre3LDfzH-w?e=k1wVQ4".</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar el respectivo control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se implementa Dlp Basico en office 365".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/EXcujXVnfTRJo10TGUWVeg4Bm152yGwCxQS-qfqWZxRz7Q?e=ngXDjh".</i>	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Controles para deteccion de intrusos implemetados en el Firewall".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/En0XT9KPIPIZlgBYY_6oONTcBdYRb3IH5x6Sfx aQyi1b58A?e=gokl6Z".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Segmentacion de redes aplicada en Poryecto NAC separando dispositivos Biomedicos".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/EXOiNTCj8E5Fn1yY7cMEhmYBQsdcGjrtoiUkm mKLxCbdg?e=b2Jb18".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Antivirus instalados para sistemas Biomedicos".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://inccancer-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/caguerrero_cancer_g ov_co/EX2RVU75Pv9HkAxyRVA4ssBm-j3XfWkUPnjXhp8m3jHlg?e=5NdqPO"</i>	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSi-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 21 de 36	

"NO".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Cambio de equipos de computo del instituto"</i> <i>Actualización de sistemas Operativos Obsoletos. Consecución de presupuesto para 2021 para equipos que no se pueden migrar".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://incancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EhFpqtstTcvNFvyhbhrd8I5MBDoaLf0jJ_90cdpzaXlszVA?e=i9GQM3"</i> <i>"https://incancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/hparra_cancer_gov_co/EsA48E1t3VxMhg7Ee6L_6DoBayEKcRYeVYefG4KTHA54bw?e=Dr4eqN".</i>	La Oficina de Control Interno recomienda implementar en su totalidad el respectivo control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Puertos innecesarios cerrados en el firewall".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"https://incancer-my.sharepoint.com/:f/g/personal/caguerrero_cancer_gov_co/EqKqSf_6eC9JiJ_dbpZvk_sBastcVm_oZku6kbFof5SQEA?e=DkLH1x"</i>	

PROCESO: GESTION DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIAS				
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	COMENTARIOS	RECOMENDACIONES
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se diseño, elaboró y se puso en marcha del "PLAN DE ACCIÓN INC ESE PANDEMIA SARS-COV2-COVID 19".</i> <i>"Se realizan de lunes a Viernes dos montajes para la prueba molecular para COVID 19, los sábados, domingos y festivos se realiza un montaje debido al bajo número de pruebas a procesar".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Documento "PLAN DE ACCIÓN INC ESE PANDEMIA SARS-COV2-COVID 19".</i>		
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Implementación de las fases de preparación, contención y mitigación de la pandemia actual del SARS-COV2-Covid 19 con seguimiento y gestión permanente a través del COMANDO COVID INC. Los resultados se envían a la historia clínica electrónica inmediatamente se validan, adicionalmente se envía la base de datos actualizada diariamente a la Epidemióloga, al área de Infecciones ya los coordinadores de Unidades funcionales así como a los entes de control".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"1). Actas de Comando COVID y del Comando Clínico y la Revisión de casos semanal, disponibles en el SIAPINC. 2). Base de datos con resultados emitidos diariamente".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 22 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se cuenta con dos Bacteriólogos exclusivos para el montaje de la prueba molecular".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se cuenta con dos Bacteriólogos exclusivos para el montaje de la prueba molecular".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Actas de Comando COVID y del Comando Clínico y la Revisión de casos semanal, disponibles en el SIAPINC. Actualización de priorización del riesgo en Sistema SAP".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizó el plan de seguridad y salud en el trabajo relacionado con la protección de las personas, uso racional de elementos de protección personal (EPP), capacitación y mecanismos para teletrabajo. Se procesan controles de calidad internos y externos y se participa en la Evaluación externa Indirecta del desempeño con la Secretaría de Salud y el INS".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Documento Adjunto Resultados de controles de calidad interno y externo".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"No se ha materializado el riesgo. Desde el mes de Junio se habilitó la prueba diagnóstica para COVID-19, implementando la PCR-RT para el SARS-CoV 2 con la tecnología BDMAX y en Septiembre se inicio otra metodología de PCR-RT por Filmarray debido a la implementación de nuevo panel respiratorio con esta inclusión para SARS-CoV 2, para procedimientos de cirugía de urgencia y traslados de pacientes en Gaica. Se realiza montaje diariamente de Domingo a Domingo. Se cuenta con controles de calidad internos y externos para la validación de resultados".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizó la cortización de la UCI médica como UCI COVID desde abril del año 2020 generando atención exclusiva de pacientes COVID 19".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"SIAPINC Indicadores de UCI De cumplimiento".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizó la implementación de la ruta de atención de pacientes COVID y constantemente se encuentra en proceso de actualización de acuerdo con los cambios establecidos por los entes reguladores".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Ruta publicada en la página WEB y se adjunta documento".</i>		
				La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizó el documento inicial para resolver dudas sobre el COVID en la central telefónica y actualmente se realiza seguimiento telefónico a todos los pacientes que ha sido hospitalizados por el servicio de Medicina Interna en el area COVID una vez egresan".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"SAP".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 23 de 36			

				La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se realizan de lunes a Viernes dos montajes para la prueba molecular para COVID 19, los sábados, domingos y festivos se realiza un montaje debido al bajo número de pruebas a procesar".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se anexa cuadro de turnos Bacteriólogos exclusivos para montaje de Prueba molecular para SARS- CoV 2".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Los resultados se envían a la historia clínica electrónica inmediatamente se validan, adicionalmente se envía la base de datos actualizada diariamente a la Epidemióloga, al área de Infecciones ya los coordinadores de Unidades funcionales así como a los entes de control".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Base de datos con resultados emitidos diariamente".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

PROCESO GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO. EVIDENCIAS			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se garantiza efectuando las contabilizaciones finales de las Nóminas y Ordenes de Pago junto con el área Financiera".</i>		La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos:	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Los controles en el sistema SAP, se encuentran establecidos, teniendo en cuenta que solo permite el acceso al personal unicamente autorizado para cada modulo".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"El control esta imlemntado mediante un Usuario y una clave autorizada".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 24 de 36	

"No se ha materializado el riesgo, teniendo en cuenta que el sistema SAP esta parametrizado con los controles que no permiten que sea utilizado por personal no autorizado".			
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se efectua revisión a las diferentes nóminas y Ordenes de Pago y para tal fin se elabora la respectiva Acta como soporte".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Actas Soporte".	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se ha implementado con la elaboración de una hoja de Ruta, para el proceso de contabilización por cada nómina u orden de pago".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se anexa Hoja de Ruta utilizada para el proceso de contabilización de Planta, Supermearios y Contratistas".	

PROCESO GESTIÓN APOYO CLÍNICO

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO. EVIDENCIAS			
SE MATERIALIZÓ EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO?	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OCI)	RECOMENDACIONES
			La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias.
			En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 25 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"no se materializo. Inventario a cargo del operador logístico para compra, almacenamiento y distribución. Preparación de mezclas por central de mezclas Ronda de seguridad".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"inventario acargo del oprrado logístico"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"inventario SAP/oracle".</i>	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"mezclas preparadas en central de quimioterapia"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"indicador de productividad dental de mezclas (# mezclas preparadas)".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"ronda de seguridad".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Auditoria realizada: Revisión INFORME revisión administración medicamentos de alto costo".</i>	
	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"devoluciones por parte de enfermería de productos no administrados".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Devoluciones SAP".</i>	

PROCESO DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 26 de 36	

VALIDACIÓN DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS CONTROL DEL RIESGO, EVIDENCIAS			
SE MATERIALIZO EL RIESGO? COMO EVALÚA LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO? DATOS O INDICADORES	DESCRIBA COMO SE HA IMPLEMENTADO CADA UNO DE LOS CONTROLES sistema o un documento, describir brevemente su implementación en términos de estructura, proceso y resultado (nombre y código del documento, como ha sido su socialización e implementación, cuales han sido los resultados de su implementación)	LISTE LAS EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE CADA CONTROL (ENVÍELAS A LA OC) lista de las evidencias que soportan lo descrito en la columna anterior.	RECOMENDACIONES
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO se ha materializado. Tenemos indicador de número de porcentaje de muestras devueltas en el siapinc para patología y para marcación de muestras del Laboratorio no se han presentado inconvenientes".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se colocaron impresoras cebra en los servicios que envían muestras a patología como son radiología, salas de cirugía y algunos servicios de consulta externa. La etiqueta incluye nombres y apellidos del paciente, documento de identidad (número de cedula de ciudadanía para mayores de edad, número de la tarjeta de identidad para menores de edad mayores de 7 años, número de registro civil para los menores de 7 años y para los extranjeros el número de pasaporte o cedula de extranjería), historia Clínica (RA), estudio, hora de la toma de muestra y fecha. En este momento solo se reciben las muestras que estén debidamente marcadas".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "DYE-P02-I-08 INSTRUCTIVO PARA CREACIÓN, REGISTRO Y MARCACIÓN DE MUESTRAS DESDE LOS SERVICIOS A PATOLOGÍA ONCOLÓGICA".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado para consulta externa. Se cuenta con el diligenciamiento del formato . DYE-P01-F-56 LISTA DE CHEQUEO CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE. Para paciente hospitalizado SI se ha materializado. Tenemos indicador INDICE DE PACIENTES CON MUESTRAS MAL IDENTIFICADAS".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Para el paciente ambulatorio se verifica el paquete instruccional "Correcta identificación del paciente y muestras del laboratorio", mediante lista de chequeo F- 56. La revisión se realiza diariamente por parte de una bacterióloga a cada funcionario que toma muestras en consulta externa. Para paciente hospitalizado : Se realiza reporte de problema en SIAPINC y desde el mes de Agosto se estan realizando reuniones con Enfermería Oncológica, Seguridad del paciente y Laboratorio Clínico para la revisión de los casos y en este momento se cuenta con un plan de mejora de enfermería PMG-20-00037. Tenemos indicador en siapinc: Indice de pacientes con muestras mal identificadas en el Laboratorio Clínico".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "DYE-P01-F-56 LISTA DE CHEQUEO CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE. * PLAN DE MEJORA PMG-20-00037 *Se adjunta reportes de SNC y actas de reunión con Enfermería Oncologica, Coordinación de Diagnóstico y Estadificación, Referente de Seguridad del paciente y Laboratorio Clínico".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "NO se ha materializado. Tenemos indicador de porcentaje de muestras devueltas en el siapinc".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se evalúa en la medida que se devuelvan muestras especificando el motivo. Se trabaja continuamente con el grupo de sistemas y las diferentes areas de procedimientos para verificar el funcionamiento de las zebras e impresoras y resolver las novedades. En caso de llegar marcadas manualmente se llama al servicio para que lo corrijan".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Indicador en siapinc de porcentaje de muestras devueltas".	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 27 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se implementó la automatización del etiquetado de todos los radiofármacos elaborados o acondicionados en la radiofarmacia asociados al sistema al software CARECLOUD, se realizó en la fase de mejoramiento del software, se le implementó código QR con su respectivo lector".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA GESTIÓN REPORTE DE PROGRAMA FARMACOVIGILANCIA CÓDIGO: GAC-P10-D-09 Manual de Farmacovigilancia Código "GAC-P10-M-04 DYE-P05-I-10 INSTRUCTIVO PARA REVISIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ORDEN DE PRODUCCIÓN Y ETIQUETAS DE RADIOFARMACOS".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se desarrolló esta aplicación en el software CARECLOUD, donde se reportan las devoluciones que se realizan a los diferentes clientes (Internos y Externos), los datos del paciente, fecha y hora del rechazo, datos del radiofármaco, nombre del medico que prescribe, razón del rechazo y nombre de la persona de la radiofarmacia que rechaza. La orden médica se realiza desde la plataforma CARECLOUD, cada cliente Interno o externo tiene clave de acceso (Médico Nuclear) personalizada a realizar los respectivos pedidos diligenciando la plantilla que cumple con los lineamientos normativos para la prescripción médica".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "DYE-P05-F-74 ORDEN DE RADIOFARMACOS. DYE-P05-I-10 INSTRUCTIVO PARA REVISIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ORDEN DE PRODUCCIÓN Y ETIQUETAS DE RADIOFARMACOS".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado. Se puede presentar que podamos administrarle a un paciente el radiofarmaco equivocado. se está controlando con el formato DYE-P04-F-47, el cual es una lista de chequeo donde el tecnólogo antes de la administración del radiofármaco, deberá confirmar los cinco correctos del paciente: nombre, identificación del paciente, radiofármaco, actividad y vía de administración. formato DYE-P04-F-02 PROGRAMACIÓN DE PACIENTES – TÉCNICOS".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Además, cuando se recepciona el material radiactivo en el área de medicina nuclear del tercer piso, se hace en unidades protegidas cada una con blindajes tipo PIG, que son trasladadas de la radiofarmacia del INC por el montacarga, cada unidad es identificada sobre el blindaje con nombre de paciente, hora planeada de aplicación y actividad planeada. Corroborar dosis con el formato DYE-P04-F-02 PROGRAMACIÓN DE PACIENTES – TÉCNICOS".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "se adjunta evidencias en archivo word".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Si se ha materializado y es el mismo segundo ítem aplicación del paquete instruccional de identificación de paciente y muestras". Este se hace para paciente hospitalizado. Tenemos indicador INDICE DE PACIENTES CON MUESTRAS MAL IDENTIFICADAS".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se evalúa para muestras de piso - hospitalización- que llegan tomadas por el grupo de enfermería, como plan de mejora se realizan actas de compromiso entre la coordinación de enfermería y la enfermera que cometió el error de identificación. El indicador ha mejorado considerablemente, el análisis se encuentra en el siapinc. Este es un riesgo que se va a seguir materializando puesto que depende exclusivamente de cada persona pero lo importante es hacer seguimiento y que no se suba el indicador por encima de los límites establecidos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "indicador INDICE DE PACIENTES CON MUESTRAS MAL IDENTIFICADAS".	La Oficina de Control Interno evidenció de acuerdo con la información remitida que el riesgo se materializó en varias oportunidades. De otra parte, no se adjuntó evidencia del indicador. En este sentido, se sugiere revisar las causas de la materialización del riesgo y replantear el control, dado que no ha sido efectivo. Así mismo, en lo sucesivo de debe adjuntar evidencia del indicador.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 28 de 36			

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"En el laboratorio se tienen formatos en donde se controla la entrada de muestras. Dentro de los ítem a valorar se encuentra la hora de la toma de muestra, hora de llegada al laboratorio, clase de muestra, servicio, quien entrega, quien recibe. Se maneja también formato de no conformidades cuando hay que devolver muestras por fallas en la toma de muestra como puede ser el volumen de muestra que sea inadecuada, o con coágulos".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "RELACION DE MUESTRAS RECIBIDAS POR VENTANILLA DYE-P01-F-01 REGISTRO DE NO CONFORMIDADES LABORATORIO CLINICO DYE-P01-F-15".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado. Se realiza capacitación de seguridad del paciente con reporte de eventos adverso, capacitación dada por el grupo de calidad".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Se registra un indicador de reporte de evento adverso relacionado con los radiofármacos, siguiendo: DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA GESTIÓN REPORTE DE PROGRAMA FARMACOVIGILANCIA CÓDIGO: GAC-P10-D-09 Manual de Farmacovigilancia Código "GAC-P10-M-04".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Indicador en siapinc: reporte de eventos adversos presentados en la radiofarmacia".	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"La orden médica se realiza desde la plataforma CARECLOUD, cada cliente Interno o externo tiene clave de acceso (Médico Nuclear) personalizada a realizar los respectivos pedidos diligenciando la plantilla que cumple con los lineamientos normativos para la prescripción médica"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "DYE-P05-F-74 ORDEN DE RADIOFARMACOS. DYE-P05-I-10 INSTRUCTIVO PARA REVISIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA, ORDEN DE PRODUCCIÓN Y ETIQUETAS DE RADIOFARMACOS"	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado. Se evalúa con el indicador de porcentaje de muestras devueltas".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Este control es dependiente de la marcación de muestras con las impresoras de código de barras instaladas en los servicios que aportan muestras a patología".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Indicador del servicio de patología en el siapinc: porcentaje de muestras devueltas".	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 29 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Si se ha materializado. Este tipo de riesgo se evalúa al momento de la administración del radiofarmaco y de las condiciones clínicas del paciente. Tenemos dos indicadores : porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear convencional y porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear PET/ CT".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Con relación a la implementación de controles con relación a los estudios repetidos del grupo de medicina nuclear se está llevando dos (02) indicadores de proceso del grupo de medicina nuclear "porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear convencional y porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear PET/ CT" desde el mes de octubre del 2019 mensualmente a la fecha .Este indicador se está controlando con el formato DYE-P04-F-38, donde se evidencia que tipo de estudio es, el nombre del paciente, el peso, el radiofarmaco solicitado, las fechas de programación y reprogramación del estudio y la justificación del porque se requiere repetir el estudio. Así mismo este formato debe ir firmado por el medico de turno, la tecnóloga que realizo el estudio y el coordinador del servicio, esto para que el coordinador verifique la pertinencia de repetir el estudio. Estos formatos se están llevando en el archivo de apoyo que tiene el servicio, y se están tomando las respectivas correcciones mostradas en los análisis del indicador".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Indicadores en siapinc : **porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear convencional y porcentaje de repetición de estudios de medicina nuclear PET/ CT * formato DYE-P04-F-38 * Se adjunta evidencia en archivo word".</i>	La Oficina de Control Interno evidenció de acuerdo con la información remitida que el riesgo se materializó. De otra parte, no se adjuntó evidencia del indicador. En este sentido, se sugiere revisar las causas de la materialización del riesgo y replantear el control, dado que no ha sido efectivo. Así mismo, en lo sucesivo de sebe adjuntar evidencia del indicador.
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"No se ha materializado. Personal que no esté avalado sólo ingresa mediante autorización de alguna persona del servicio".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Restricción de ingreso por metodo biometrico y control de cámaras: Se cuenta en las puertas principales a zona controlada en el servicio con un acceso biométrico que solo están autorizados el personal del servicio de medicina nuclear que se encuentren el registro para el empleo de material radiactivo no. reg-0164, del 26 de diciembre de 2018, otorgado al instituto nacional de cancerología E.S.E., correspondiente al trámite 105849. La dirección técnica de asuntos nucleares del servicio geológico colombiano. Para radiofarmacia: En la radiofarmacia existe un control biométrico para el ingreso a la misma, además existen (4) cámaras de seguridad en sitios estratégicos y que son monitoreadas por el servicio de seguridad institucional, esto tambien es requerimiento para cumplir con el licenciamiento del área y que es verificado por el Servicio Geológico Colombiano".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Para Mmedicina Nuclear: se adjunta evidencias en archivo word . Para radiofarmacia: MANUAL PARA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LA RADIOFARMACIA CÓDIGO: DYE-P05-M-02"</i>	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"No se ha materializado. Medicina Nuclear: En el sistema SAP existen las transacciones: traslados internos al servicio de Medicina Nuclear, clientes externos, adecuaciones, y salidas por costos. Se realiza cada semana un control del inventario que tenemos como servicio, verificando que todo concuerde lo que esta en físico con lo que aparece en el sistema SAP. Indicador: "porcentaje de unidades enviadas a decaimiento"</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"Medicina Nuclear: Cuando los tecnólogos hacen uso de los elementos médicos quirúrgicos diariamente diligencian el formato DYE-P05-F-26 "salida de insumos por centro de costo o decaimiento" y que semanalmente se hace un inventario para descargar del inventario los insumos utilizados en el sistema SAP transacción zmigo".</i>	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: <i>"formato DYE-P05-F-26 "salida de insumos por centro de costo o decaimiento"</i>	

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-PI0-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	28-06-2019
			Página 30 de 36	

La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Para patología :El almacén tiene a cargo las bodegas de insumos y reactivos , cada vez que se solicitan elementos se debe diligenciar el formato GDG-P03-F-07 y mensualmente realizan una selectiva aleatoria para corroborar los inventarios. Para laboratorio Clínico se maneja Formato Institucional DYE-P01-F-17".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Se maneja un cronograma de entregas del proveedor para el control del inventario. Una vez el usuario realiza solicitud de pedido de insumos en el formato institucional, la persona encargada del depósito de reactivos genera el egreso en el sistema SAP con número de orden para así tener un mayor control en el ingreso y egreso del stock del depósito".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Formato GDG-P03-F-07 firmados por el solicitante y comprobante de egreso. Formato Institucional DYE-P01-F-17".	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "La jefe del servicio de radiología realiza chequeos aleatorios con el fin de encontrar "guardados" de elementos del servicio. En caso de encontrar éstos son devueltos a la Farmacia para su aprovechamiento. Las revisiones aleatorias son consolidadas en el formato de no conformidades dye-p03-f-41. Todos los elementos son entregados por la farmacia para cada paciente relacionando en el formato de entrega de insumos. No se maneja depósito en Radiología".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "formato de no conformidades dye-p03-f-41. Formato GAC-P10-F-27. Devolucion de medicamentos o dispositivos médicos para aprovechamiento. Hoja de gastos para procedimientos de radiología: GAC-P08-F-05"	
La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "No se ha materializado. Se revisa con el Indicador: "porcentaje de unidades enviadas a decaimiento" que se encuentra con datos dentro de lo establecido. Este indicador se está controlando con el formato DYE-P05-F-26 "salida de insumos por centro de costo o decaimiento"; donde se evidencia el radiofármaco o insumo utilizado, fecha, hora, quien lo reporta, quien realiza el estudio y justificación de porque se lleva a decaimiento. Este mismo formato se lleva para el control de inventarios de insumos. Las selectivas realizadas por el almacén se realizan sin previo aviso".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Con relación a la implementación de controles con relación a las dosis llevadas a decaimiento, se está llevando un (01) indicador de proceso del grupo de medicina nuclear "porcentaje de unidades enviadas a decaimiento" desde el mes de octubre del 2019 mensualmente a la fecha. Además dentro del análisis del indicador se le anexa un PDF, donde se encuentran los criterios más comunes del porque el radiofármaco se va a decaimiento como son: paciente no asiste al estudio, condiciones clínicas del paciente, autorizaciones vencidas del paciente y pacientes hospitalizados. Así mismo en el reverso del formato se le coloca el stickers correspondiente a la identificación del paciente. Estos formatos se están llevando en el archivo de apoyo que tiene el servicio, y se están tomando las respectivas correcciones mostradas en los análisis del indicador. Para radiofarmacia: Se realiza inventario periódico coordinados por el grupo de almacén y activos fijos, se revisan las transacciones realizadas por el servicio, se entregan las aclaraciones respectivas al grupo de almacén de los posibles hallazgos encontrados durante el inventario periódico. Se tienen en los manuales de radiofarmacia las cantidades con los que se marcan los diferentes kits los cuales son proporcional al número mínimo de pacientes que se requieren para su utilización, algunos se alicuotan para lograr la optimización de los mismos".	La Oficina de Control Interno transcribe lo manifestado por el líder del Proceso/ Procedimiento en los siguientes términos: "Para Medicina nuclear: evidencias en anexo en Word. Indicador: "porcentaje de unidades enviadas a decaimiento" formato DYE-P05-F-26. Para radiofarmacia las transacciones revisadas por el Coordinador son los movimientos de inventario: ingreso radiofármacos a sistema radiofarmacia: ZMIGO-977, salida de materiales por adecuación de radiofármacos : ZMIGO-979, traslado de radiofármacos a Medicina Nuclear : ZMIGO-311, salida de insumos para elaboración de radiofármacos: ZMIGO-961. DYE-P05-M-03 - MANUAL PARA PREPARACIONES RADIOFARMACEUTICAS. DYE-P06-M-01 - MANUAL DE PREPARACIONES RADIOFARMACEUTICAS PET".	La Oficina de Control Interno manifiesta su imposibilidad de realizar el seguimiento a la implementación de la actividad de control, por cuanto no se adjuntaron evidencias. En este sentido, se sugiere que en lo sucesivo se adjunten las evidencias de las actividades de control.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 32 de 36	

RESUMEN DE RIESGOS CON SEGUIMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2020			
PROCESO	RIESGOS ALTOS, EXTREMOS Y DE CORRUPCIÓN	TOTAL RIESGOS CON SEGUIMIENTO	PORCENTAJE DE RIESGOS CON SEGUIMIENTO
Salud Pública	1	1	100%
Investigación	2	2	100%
Gestión Comercial	1	1	100%
Gestión de Tecnología Clínica e Infraestructura	2	2	100%
Gestión del Gasto	4	3	75%
Gestión de Tecnologías de Información	3	3	100%
Gestión de Sistema de Desempeño Institucional	1	1	100%
Gestión y Desarrollo del Talento Humano	1	1	100%
Gestión Apoyo Clínico	3	1	33%
Diagnóstico y Estadificación	2	2	100%
Unidades Funcionales de Tratamiento	2	0	0%
Total	22	17	
NOTA: Los valores con porcentaje inferiores a 100 % corresponde a los riesgos que no fue posible hacerle seguimiento, toda vez que algunos no remitieron información a la Oficina Control Interno.			

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 33 de 36	

CONCLUSIONES

1. La Oficina de Control Interno en cumplimiento del artículo séptimo de la Resolución 494 de 2019 (Política Administración del Riesgo), realizó Seguimiento a los riesgos determinados como Extremos, Altos y de Corrupción.
2. 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 de manera integral en SIAPINC 4, lo cual impide registrar el monitoreo y seguimiento, hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
3. En términos generales, la Oficina de Control Interno observó en el seguimiento de la Gestión del Riesgo:
 - ✓ Algunos riesgos no se encuentran redactados en términos de posibilidad de ¿qué puede suceder?, en el Mapa de Riesgos, sino como causas de un riesgo.
 - ✓ En algunos casos no es claro cómo se identifica de manera objetiva la materialización del riesgo, por lo que puede ser una apreciación subjetiva.
 - ✓ Algunos riesgos continúan materializándose.
 - ✓ Algunos controles definidos son actividades del Procedimiento, más que controles.
 - ✓ En algunos Mapas de Riesgos, la explicación del control no contempla información como: ¿en qué consiste y como se aplica?, ¿qué está documentada su aplicación?, ¿qué lo aplican?, ¿con qué frecuencia se aplica? Y ¿qué soportes se tienen de la ejecución? Por lo anterior, no se soporta la calificación del diseño, ejecución y solidez del control.
 - ✓ No todos los controles están implementados o algunos no soportan con evidencias su implementación.
 - ✓ Algunos indicadores definidos como control, no son pertinentes y no se adjunta como soporte.
 - ✓ La efectividad de algunos controles no pudo ser evaluada por no disponer de suficiente información ni de las evidencias o soportes necesarios para tal fin.

RECOMENDACIONES

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 34 de 36	

A continuación se describe las recomendaciones de carácter general:

1. Implementar en el Sistema de Información SIAPINC el instrumento para el levantamiento del Mapa de Riesgos por Proceso y Mapa de Riesgos Institucional de manera integral que incluya monitoreo y seguimiento.
2. Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo, en el sentido de realizar monitoreo a los riesgos del Proceso a cargo.
3. Redactar los riesgos en el respectivo mapa en términos de posibilidad de: ¿qué puede suceder?.
4. No describir como riesgos omisiones o desviaciones de control, no describir causas como riesgos, no describir riesgos como la negación de un control.
5. Establecer el mecanismo para identificar de manera objetiva la materialización del riesgo, con el fin de evitar la apreciación subjetiva. Se recomienda incluir este aspecto en los Mapas de Riesgos.
6. Observar la estructura para descripción de los controles, esto es: Responsable de ejecutar el control, la Acción: la cual se determina mediante verbos: verificar, validar, conciliar, cotejar, comparar y el Complemento: corresponde a los detalles que permite identificar claramente el control.
7. Implementar de manera sistemática los controles definidos para mitigar la materialización de los riesgos.
8. Revisar la redacción de la columna de la explicación del control de los Mapas de Riesgos con el fin de contar con la siguiente información: ¿en qué consiste y cómo se aplica?, ¿dónde está documentada su aplicación?, ¿quiénes lo aplican?, ¿con qué frecuencia se aplica? y ¿qué soportes se tienen de la ejecución?
9. Revisar los indicadores definidos como control, para asegurar la pertinencia frente al riesgo.
10. Remitir la información solicitada por la Oficina de Control Interno para el seguimiento de la Gestión de los Riesgos y asegurar la efectividad de los controles para mitigar la materialización de éstos.

RECOMENDACIONES PROCESO INVESTIGACIONES

- Fortalece la definición de los controles para que sean actividades que mitiguen de manera efectiva el riesgo, que sean de fácil implementación por parte del Grupo de Investigación y no se constituya en una lista de tareas.
- Identificar mediante cuál indicador los riesgos no se materializaron.
- Definir con precisión cómo se evidencia o soporta la implementación de la actividad del control riesgo.

RECOMENDACIONES PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
		Página 35 de 36	

- El riesgo daño de activos por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica se materializó, hecho que permite concluir que el control establecido para mitigar el mismo no fue efectivo. En este sentido, se requiere replantear el control establecido.

RECOMENDACIONES PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

- Revisar los controles definidos con el fin que sean efectivos y pertinentes para la mitigación del riesgo y que no sean una relación de tareas. (En 9 actividades relacionadas para mitigar el riesgo, no fue posible evidenciar la actividad de control realizada para mitigar el riesgo, dado que no se envió la evidencia para realizar el seguimiento, y en algunas de ellas no se reportó información.
- Redactar en el Mapa los riesgos en términos de la Posibilidad de ¿qué puede suceder?
- Remitir oportunamente y de manera completa la información solicitada por la Oficina de Control Interno para realizar el seguimiento e informe respectivo sobre la Gestión del Riesgo Institucional.
- Establecer el mecanismo para identificar de manera objetiva la materialización del riesgo, con el fin de evitar apreciaciones subjetivas. Se recomienda incluir este aspecto en los Mapas de Riesgos.

RECOMENDACIONES PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

- Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo, en el sentido de realizar monitoreo a los riesgos del Proceso a cargo y la implementación de los mismo.
- Revisar los controles definidos con el fin que sean efectivos y pertinentes para la mitigación del riesgo y que no sean una relación de tareas. (6 actividades relacionadas para mitigar el riesgo, no fueron implementadas durante el periodo enero a diciembre de 2020).

RECOMENDACIONES GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

- Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo, en el sentido de realizar monitoreo a los riesgos del Proceso a cargo y la implementación de los mismo.
- Revisar los controles definidos con el fin que sean efectivos y pertinentes para la mitigación del riesgo y que no sean una relación de tareas. (En 9 actividades relacionadas para mitigar el riesgo, no fue posible evidenciar la actividad de control realizada para mitigar el riesgo, dado que no se envió la evidencia para realizar el seguimiento y en algunas de ellas no se reportó información.
- Remitir oportunamente y de manera completa la información solicitada por la Oficina de Control Interno para realizar el seguimiento e informe respectivo sobre la Gestión del Riesgo Institucional.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 36 de 36			

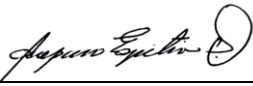
RECOMENDACIONES PROCESO GESTIÓN DEL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

- Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo, en el sentido de realizar monitoreo a los riesgos del Proceso a cargo y la implementación de los mismo.
- Revisar los controles definidos con el fin que sean efectivos y pertinentes para la mitigación del riesgo y que no sean una relación de tareas. (En 2 actividades relacionadas para mitigar el riesgo, no fue posible evidenciar la actividad de control realizada para mitigar el riesgo, dado que no se envió la evidencia para realizar el seguimiento).

RECOMENDACIONES PROCESO GESTIÓN DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

- Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo, en el sentido de realizar monitoreo a los riesgos del Proceso a cargo y la implementación de los mismo.
- Revisar los controles definidos con el fin que sean efectivos y pertinentes para la mitigación del riesgo y que no sean una relación de tareas, dado que se evidenció materialización de los riesgos. Por tal razón, se recomienda revisar las actividades de control, dado que no están siendo efectivas.
- Remitir en lo sucesivo, los soportes de la evidencia de los riesgos y su análisis (indicadores).
- Remitir oportunamente y de manera completa la información solicitada por la Oficina de Control Interno para realizar el seguimiento e informe respectivo sobre la Gestión del Riesgo Institucional.

Elaborado por:


 Amparo Inés Espitia Peña
 Profesional Especializado
 Oficina Control Interno

Aprobado por:


 Buenaventura Orduy Burgos
 Jefe Oficina Control Interno INC

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dependencia:	Oficina de Control Interno
Fecha:	24-06-2019	Fecha:	27-06-2019	Fecha:	27-06-2019