

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-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 18	

Fecha Informe:	07 de julio de 2021	Fecha de seguimiento	enero-abril de 2021
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 controles definidos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos.		
Alcance del seguimiento:	Evaluar definición de riesgos y controles, así como su efectividad para prevenir o mitigar riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, determinados como: Extremos, Altos y de Corrupción, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo enero-abril de 2021.		
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 Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 4, del Departamento Administrativo de la Función Pública. 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. Guía Rol de las Unidades de Control Interno, Auditoría Interna.		
Metodología empleada:	Revisión de Matrices de Autoevaluación elaboradas por la Oficina de Control Interno y diligenciadas por los responsables de Procesos evaluados, así como seguimiento a las actividades de Control de Gestión del Riesgo implementadas durante el primer cuatrimestre de 2021 y evaluación de soportes remitidos por los líderes de Procesos.		
Responsable del seguimiento:	Amparo Inés Espitia Peña, Profesional Especializado de la Oficina de Control Interno.		

HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su función y rol frente a la Evaluación de la Gestión del Riesgo (Decreto 648 de 2017), realizó seguimiento virtual vía Teams con cada uno de los líderes de los Procesos como consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Para el efecto, 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.

	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 2 de 18	

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.

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 Gestión del Riesgo desde el análisis de la efectividad de los controles de acuerdo con la información observada en los Mapas de Riesgos, análisis y revisión de la información enviada a la Oficina de Control Interno por cada líder de Proceso, así:

Evaluación de Controles:

En la siguiente tabla se relacionan los 22 riesgos priorizados como altos extremos y de corrupción, registrado en el Mapa de Riesgos Institucional, a los cuales se les definió actividades de control y por ende fueron objeto de verificación y cumplimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

RIESGOS CON SEGUIMIENTO A 30 DE ABRIL 2021			
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	4	100%
Gestión de Tecnologías de Información	3	3	100%
Gestión de Sistema de Desempeño Institucional	1	1	100%
Gestión de Desarrollo del Talento Humano	1	1	100%
Apoyo Clínico	3	0	0%
Diagnóstico y Estadificación	2	2	100%
Unidades Funcionales de Tratamiento	2	1	50%
Total	22	18	

	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 18			

Los porcentajes inferiores a 100% corresponden a los riesgos que la Oficina de Control Interno no realizó seguimiento, toda vez que el líder del Proceso no reportó información o lo hizo de manera parcial.

1. PROCESO SALUD PÚBLICA

NO. RIESGO	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 51	SALUD PÚBLICA	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Por permitir que la industria influya sobre la información relacionada con factores de riesgo (asbesto, tabaco, mala alimentación)	Alta	Insuficientes estrategias de información, educación y comunicación. Baja cobertura nacional de las acciones de políticas y de comunicación Limitada participación en la implementación de las	Falta de conciencia ciudadana sobre la importancia del control del riesgo y la detección temprana. Deficiencias en la implementación de Modelos de atención en detección temprana y diagnóstico oportuno de cáncer Deficientes hábitos y estilos de vida saludables. Escasa articulación intersectorial para la implementación de política pública para el control del

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No.51 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

Dentro de las evidencias es importante resaltar el reporte del seguimiento del indicador al Macro proyecto de Salud Pública, se observó que el indicador registró cumplimiento de 38,41% (medición ascendente) el cual describe el siguiente análisis: De los 12 proyectos que conforman el proyecto de salud pública, en el primer trimestre de 2021 se tuvo dificultad con la ejecución presupuestal de Melanoma acral, por falta de contratación de talento humano.

2. PROCESO DE INVESTIGACIÓN

	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 4 de 18	

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 44	INVESTIGACIÓN	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Ante la aceptación de incentivos para aprobación y realización de proyectos en la institución	Alta	Falta a principios éticos en investigación Incumplimiento de criterios normativos establecidos Baja remuneración económica	Presión de grupos de intereses Falta a principios éticos en investigación

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No.44 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

Resulta importante destacar dentro del análisis de la información de la matriz que de 6 actividades de control relacionadas en el mapa de riesgos publicado en la página web se eliminaron (2) actividades, así: *“Adherencia e implementación al código ético y buen gobierno”* y *“Declaración de bienes y rentas en SIGEP”*, como resultado de las reuniones realizadas con la Oficina de Planeación y el Proceso, en la cual se socializaron las recomendaciones y observaciones contenidas en el informe realizado por la Oficina de Control Interno con corte a 31 de diciembre de 2020.

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 45	INVESTIGACIÓN	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Para sesgar los resultados de una investigación	Alta	Falta a principios éticos en investigación	Presión de grupos de intereses Falta a principios éticos en investigación

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No.45 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina

	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 5 de 18	

de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

Resulta importante destacar dentro del análisis de la información de la matriz que de 5 actividades de control relacionadas en el mapa de riesgos publicado en la página web se eliminaron (2) actividades, así: *“Socialización en los grupos y unidades funcionales del INC acerca de los resultados de sus investigaciones realizadas”* y *“Realizar nuevamente capacitación en principios éticos en investigación (Curso de BPC)”*.

Así mismo, y en armonía con los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos versión No 4 del DAFP, se corrigió redacción de la actividad de control definida: *“Realizar las actividades de control sobre el registro, validación y procesamiento de la información de los datos por el equipo de talento humano denominado Grupo de apoyo y seguimiento en la investigación”*. De igual manera se realizó con la actividad *“Verificación del sistema de monitoria de investigación”*.

Los citados ajustes se generaron como resultado de las reuniones realizadas con la Oficina de Planeación y el Proceso, en la cual se socializaron las recomendaciones y observaciones contenidas en el informe de la Oficina de Control Interno con corte a 31 de diciembre de 2020.

3. GESTIÓN COMERCIAL

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 86	GESTIÓN COMERCIAL	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Al no ejercer la debida supervisión contractual tanto a aliados estratégicos como a ERP	Alta	Incumplimiento de las cláusulas pactadas en la relación contractual como: falta de oportunidad en la prestación de servicios, falla en la atención al usuario de tipo administrativo. Aceptación de glosas omitiendo el procedimiento institucional detallado en el descriptivo del procedimiento Recaudo de dineros en lugares diferentes a tesorería y realizada por un tercero Avalar el pago por prestación de servicios a un tercerizado omitiendo normas institucionales a cambio de dadas. Fallas de facturación en la radicación, en la conciliación de glosas	Cambios permanentes de normatividad e implementación Prácticas indebidas e interpretaciones erróneas de la normatividad por parte de las EPS o ERP

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No.86 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

	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 6 de 18	

Del análisis de la información de la matriz de riesgos institucional es importante destacar:

HALLAZGO No.1

La Oficina de Control Interno evidenció que el riesgo se materializó en lo atinente a la actividad: “Revisión de indicadores con respecto a glosas”, al constatar el incumplimiento en los indicadores “Glosas recibidas” que registra incumplimiento de 39,46% frente al límite establecido máximo de 20%, hecho que viene sucediendo desde marzo de 2020.

Igual situación se evidencia en el Indicador “Glosas respondidas dentro del tiempo” el cual registra resultado con corte a marzo 2021 de 20,92%, incumplimiento frente a los límites establecidos, hecho que viene sucediendo desde marzo de 2020.

Así mismo, del informe “Gestión Facturación abril de 2021” presentado a la Dirección General se destaca los siguientes aspectos con respecto a esta actividad:

- INCREMENTO DEL RIESGO DE PÉRDIDA ECONÓMICA POR POSIBLES GLOSAS DE MIPRES, evidenciándose incremento desde el mes de enero de \$12.599.541.164 a \$22.488.583.762 al mes de abril, es decir incremento de 44%.
- Para el mes de abril se realizaron 24 prescripciones para medicamentos cuyas indicaciones de uso no están avaladas por el INVIMA y que tampoco se encontraron catalogados como UNIRS, por lo que representan **posibles glosas por parte de las EPS**, por un rubro total de **\$24.176.504**. (página 54)
- La pérdida económica por glosas a causa de MIPRES ha sido de \$ 284.646.063
Valor glosa aceptada en el mes de abril \$ 88.878.266.
- Consolidado General de Glosas mes recibido VCO pendiente por responder: valor facturado (enero 2020 a abril 2021) \$77.814.768.580 pendiente de contestar \$34.630.460.3150.
- Reporte de Glosas Conciliadas en abril de 2021: Valor Factura \$8.515.928.281 valor aceptado \$354.976.097.
- Dentro del contenido del informe seguimiento a tareas 29 de julio de 2018, se observa compromisos en el “Ajuste del plan de intervención de glosa para el año 2021” Avance: “Revisión de logros alcanzados y planeación de las estrategias para reducir la glosa inicial en el año 2021,

	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 7 de 18	

por debajo de 20% y respuesta en el cumplimiento de tiempos normativos. Fecha de cumplimiento: 15 de mayo de 2021.

- Presentación de informe de hallazgo de auditoría de MIPRES, con el propósito de definir las estrategias para el plan de mejora. Sin embargo, no se evidencio el Plan de Mejora.

HALLAZGO No.2

La Oficina de Control Interno evidenció que la actividad definida como “Realizar Comité de Ejecución “, no constituye en sí mismo actividad de control. En este sentido, se sugiere revisarla a la luz de los parámetros establecidos en la Guía de Administración del Riesgo No. 4 del Departamento Administrativo de la Función Pública del (DAFP).

Resulta de suma importancia que, al interior del Comité de Ejecución, se formule plan de mejora que incluya: actividades, compromisos, tiempos de ejecución, metas y responsables en los temas que requiere exhaustivo seguimiento como lo es la conciliación de partidas de cartera, el tema del incumplimiento de los indicadores sobre las glosas entre otros, toda vez que los riesgos se han materializado.

En este contexto, se recomienda realizar seguimiento a esta situación dado que, al presentarse porcentaje tan alto de glosas en la facturación, el flujo de caja del Instituto se ve afectado, de igual manera sucede con las partidas conciliatorias de cartera, algunas de ellas vienen incrementándose y en consecuencia el impacto que esto genera en las finanzas institucionales.

4. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA E INFRAESTRUCTURA

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 60	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Por favorecer en la contratación, en el no cumplimiento de los términos contractuales y recibir posiblemente una contraprestación a cambio.	Alta	Deficit en el diagnóstico previo de análisis de las necesidades detalladas para las intervenciones de obra civil, los mantenimientos preventivos, correctivos de equipos médicos y falla en la comunicación de las mismas entre dependencias. Deficit en el diagnóstico previo de análisis de las necesidades detalladas para las intervenciones de obra civil, los mantenimientos preventivos, correctivos de equipos médicos y falla en la comunicación de las mismas entre dependencias. Falla en los estudios previos y en la entrenamiento de los supervisores.	

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

	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 8 de 18	

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 8 actividades de control para el riesgo No.60 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos.

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 65	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA CLÍNICA E INFRAESTRUCTURA	Daño de activos	Por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica	Alta	Alta rotación de personal en áreas y falta de comunicación oportuna de personal nuevo para capacitar. Aplicación inadecuada de procedimientos de uso de equipos y protocolos de limpieza y desinfección. Inestabilidad en las condiciones eléctricas (Picos de voltaje).	

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No.65 que se detalla en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

Del análisis de la información de la matriz de riesgos institucional es importante destacar:

HALLAZGO No.3

La Oficina de Control Interno evidenció que el Proceso aún mantiene algunas actividades de control que no están alineadas y definidas conforme lo establece la Guía de Administración del Riesgo versión 4 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). En este sentido, se sugiere la revisión de las mismas.

	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 18			

Se realizó verificación en SIAPINC de los indicadores: “Porcentaje de cobertura de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos médicos”, el resultado para el primer trimestre de 2021 registra incumplimiento. Así mismo, se verificó el Indicador: “Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de los equipos biomédicos”, arroja resultado de negativo durante el primer trimestre de 13.13% frente al número mínimo de cero y un máximo de 10.

Del análisis al indicador se verificó que durante el mes de enero de 2021 se reportaron 16 equipos por mal uso, en febrero 11 equipos, en marzo 18 equipos y en abril 4 equipos, hechos que corroboran la materialización del riesgo No. 65 “Daño de Activos”.

De otra parte, de acuerdo con el seguimiento realizado a las actividades: “Aplicación de instrucciones de manejo básico y manual de limpieza y desinfección de equipos” y “Carpeta compartida consulta de equipos biomédicos”, “Aplicación de rutina de verificación”, y análisis de la información reportada sobre estas actividades, se evidenció que se continúa el daño de equipos y no se establece seguimiento o responsable del daño de éstos, al igual que no se evidencia plan o acción de mejora frente a la materialización del riesgo.

Así las cosas, es necesario verificar y analizar la efectividad del control dado la materialización del riesgo.

5. PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Externas	Internas
RIESGO 71	GESTIÓN DEL GASTO -GDG	Realización de cobros indebidos	Ante la devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.	Moderada Corrupción	Déficit de los controles de verificación previa al pago.	Falsificación de documentos y/o suplantación de identidad de firmas.
RIESGO 72	GESTIÓN DEL GASTO -GDG	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Ante la estimación de las necesidades de insumos de las dependencias que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente.	Alta	Desconocimiento u omisión de requisitos legales para beneficiar a un oferente en particular; gestionando exigencia de requisitos adicionales en los estudios previos, o requerir insumos técnicos con requisitos que restrinjan la pluralidad de oferentes, direccionado a beneficiar a un oferente en particular.	Corrupción y/o fraudes de los funcionarios o contratistas.

Fuente: Matriz de Riesgos 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 10 de 18	

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 77	GESTIÓN DEL GASTO -GDG	Desvío de recursos físicos o económicos	Ante la pérdida de un activo	Alto Corrupción	Cambio de ubicación sin solicitud de traslado al nuevo encargado por omisión o desconocimiento. Falta de controles en el ingreso y salida de personas al INC. No actualización y reporte oportuna y/o efectiva de novedades por parte de los reponsables de los centros de Costos, al Grupo gestión de suministro y almacén.	
RIESGO 81	GESTIÓN DEL GASTO -GDG	Inadecuada planificación	Durante la verificación de constitución de cuentas por pagar	Alta	No se cuenta con el procedimiento actualizado claro y específico	

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 3 actividades de control para el riesgo No.71, 6 actividades para el riesgo 72, 5 actividades para el riesgo 77 y 8 actividades para el riesgo 81 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-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 18	

6. GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 99	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Ante el uso de nubes, correos, redes sociales y sitios de envío y descarga masiva de tipo personal	Alta	Controles de Navegación Obsoletos Permisividad de Subdirecciones Cultura de usuarios de navegación sin restricciones	
RIESGO 100	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Por ausencia de políticas de marcado y clasificación de los activos de información electrónica	Alta	Política Gestión Documental en electrónico sin Despliegue Información sin marca o Identificación de Confidencialidad Identificación de activos de información solo se ejecuta 1 vez al año y no de manera constante. No es un proceso vivo ni permanente apropiado por los usuarios	
RIESGO 104	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por Ciberbioinseguridad	Alta	Falta de controles para dispositivos de Biomedicina Segmentación incorrecta de redes. Mezclando dispositivos con redes de usuarios Equipos sin soporte	Amenaza de sabotaje sobre infraestructuras críticas de los países

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 11 actividades de control para el riesgo No.99, 6 actividades para el riesgo 100 y 5 actividades para el riesgo 104 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

En cuanto al riesgo 99, el Proceso informó que se materializó, toda vez que se identificó uso de nubes públicas en Informe de amenazas y vulnerabilidades mensual. Cierre de nubes de uso personal y correos personales programado para mayo de 2021. Así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó la realización de actividades establecidas en el mapa de riesgos.

	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 12 de 18			

HALLAZGO No.4

Frente al seguimiento de las actividades de control, la Oficina de Control Interno evidenció el cumplimiento de las mismas, mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso, por medio de reunión virtual vía TEAMS.

7. PROCESO GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 4	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Ante la infección del virus COVID-19	Alta	No adherencia a protocolos frente al COVID	Personas (Pacientes, funcionarios, acompañantes o visitantes) que viajaron en los últimos 14 días a áreas con circulación activa comunitaria de COVID-19 o estuvo en contacto con una persona diagnosticada con COVID-19

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 3 actividades de control para el riesgo No. 4 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

	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 13 de 18	

8. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 57	GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO - GTH	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Por manipular la nóminas (Planta y supernumerarios) y ordenes de pago.	Moderada Corrupción	Alteración de la nómina por confianza de las actividades que realizan los funcionarios asignados en el proceso de nómina	Ausencia de principios éticos de los funcionarios

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 4 actividades de control para el riesgo No. 57 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el primer cuatrimestre de 2021 reportó ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reuniones virtuales vía Teams.

9. PROCESO APOYO CLÍNICO

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 27	GESTIÓN APOYO CLÍNICO	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Ante infecciones asociadas a la atención en salud	Alta	Falta de adherencia del personal en la aplicación del protocolo de lavado de manos Debilidades en la supervisión del protocolo de limpieza y desinfección. Fallas en el seguimiento del indicador de profilaxis antibiótica preoperatoria. Falla en la apropiación del protocolo de aislamiento a cliente interno y externo.	Pacientes que ingresan remitidos de otras instituciones con enterobacterias multiresistentes.

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-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 18	

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 29	GESTIÓN APOYO CLÍNICO	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Hacia prevención y atención de la caída del paciente durante el proceso de atención	Alta	Falla de adherencia de protocolos (lavado de manos, riesgo de caída, dispensación de medicamentos, entre otros) Fallas en la ejecución de las estrategias multidisciplinares. Deficiente procedimiento de inducción, reinducción y capacitación continua Fallas en las condiciones de infraestructura física (sistema de llamado (timbres), ascensores, mantenimiento preventivo de desniveles de piso, goteras, antideslizantes de escaleras, ubicación inadecuada de	Sobreocupación Alteración de las condiciones clínicas inherentes al paciente. Información inadecuada e incompleta por parte de los usuarios. Falta de colaboración y comunicación asertiva con familia o cuidador
RIESGO 30	GESTIÓN APOYO CLÍNICO	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	Ante la pérdida de medicamentos de alto costo	Alta	Hurto de medicamentos por parte de funcionarios de la entidad Dispensación en empaque original	Motivaciones personales no justificadas de los funcionarios y/o personas externas a la entidad (intereses particulares).

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 7 actividades de control para el riesgo No. 27, 7 actividades para el riesgo 29 y 4 actividades para el riesgo 30 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021.

Sin embargo, el Líder del Proceso Gestión Apoyo Clínico no envió la matriz de autoevaluación a la Oficina de Control Interno no obstante requerirla mediante correos electrónicos de fechas: 1° de junio, 10 de junio, 15 de junio y 18 de junio de 2021. Este hecho impidió realizar el seguimiento al citado Proceso, correspondiente al primer cuatrimestre de 2021.

10. PROCESOS DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 6	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	Ante la falla en la identificación de pacientes y pérdida de las muestras	Alta	No cumplimiento del paquete instruccional de identificación.	Fallas de cargue de información de identificación de pacientes por parte del cliente interno o externo de la radiofarmacia.
RIESGO 10	DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	Desvío de recursos físicos o económicos	Ante la malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales.	Moderada Corrupción	Inadecuado seguimiento a los controles en el manejo de inventarios. Favores personales de funcionarios y/o usuarios.	Mercado ilegal y demanda de insumos y/o estudios en el ámbito externo.

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

	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 18	

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 12 actividades de control para el riesgo No. 6, 6 actividades para el riesgo 10 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo No.6 se materializó en la actividad “Reporte de problemas (posible evento adverso o incidente) en el módulo SAP”, el líder del Grupo de Medicina Nuclear realizó reporte por medio de la plataforma SAP en el módulo Gestión de Calidad, con fechas 18 diciembre de 2020, informando que el equipo se encuentra fuera de servicio desde el mes de octubre de 2020. De igual manera manifiesta que existen dos reportes anteriores sobre el particular. Así mismo, se evidenció reporte de otro activo fijo, con fecha 16 de febrero de 2021.

HALLAZGO No. 5

En relación con el seguimiento de las actividades de control, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de éstas mediante informe de reclamación presentado por el Líder, toda vez, que, si bien es cierto que se reportó el daño, se vieron afectados 25 pacientes a quienes no se les prestó el servicio, tal como se describe en el informe NC 20-02099 del 18 de diciembre de 2020. En este sentido, se sugiere revisar el control, estableciendo tiempo de respuesta y solución del evento de manera oportuna.

El cumplimiento de las demás actividades de control se analizaron y verificaron mediante revisión de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y posterior socialización de las observaciones con los Líderes del Proceso de los Grupos: Radiofarmacia, Medicina Nuclear, Laboratorio Clínico, Patología y Radiología por medio de reunión virtual vía TEAMS.

	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 16 de 18			

11. PROCESO UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO

	PROCESO	RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	
		Categoría	Evento		Internas	Externas
RIESGO 19	UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO	Incumplimiento de los objetivos establecidos	Con la pérdida y/o mala rotulación del espécimen anatomopatológico	Alta	Deficiente comunicación al interior de los servicios quirúrgicos, inadecuada delegación a estudiantes de posgrado Alta rotación de personal de enfermería Problemas en la interdependencia con otros servicios (radiología, UCI, servicios quirúrgicos)	
RIESGO 26	UNIDADES FUNCIONALES DE TRATAMIENTO	Incumplimiento de los objetivos establecidos	Ante el desconocimiento y adherencia de guías y protocolos relacionados con la atención de paciente por parte de Grupo Área de Soporte Oncológico	Alta	Desconocimiento a nivel institucional y adherencia de guías y protocolos	Socialización de nuevas guías y protocolos

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron 6 actividades de control para el riesgo No. 19, 2 actividades para el riesgo 26 que se detallan en la tabla y sobre el cual se presenta a continuación el resultado del seguimiento con corte a 30 de abril de 2021:

El Proceso informó que el riesgo No.19 no se materializó, así mismo, reportó la ejecución de actividades de control del riesgo llevadas a cabo durante el primer cuatrimestre de 2021.

Frente al seguimiento de las actividades de control, la Oficina de Control Interno evidenció el cumplimiento de éstas mediante documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación y fueron objeto de revisión, análisis y posterior socialización de las observaciones con el Líder del Proceso.

Sin embargo, a la Oficina de Control Interno no le fue posible realizar el seguimiento de las actividades de control para el primer cuatrimestre de 2021 del riesgo No.26, dado que la matriz de autoevaluación no fue diligenciada completamente, no obstante haberse requerido mediante correos electrónicos de fechas: 1° de junio, 10 de junio, 15 de junio y 18 de junio de 2021.

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.

	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 17 de 18	

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, con el fin de 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 evidenció y registró en el presente informe de seguimiento de la Gestión del Riesgo:
 - ✓ Continúa la materialización de riesgos, tal como se describe en los Procesos evaluados en el informe que nos ocupa.
 - ✓ Persisten controles definidos que se asimilan a actividades del Procedimiento, más que a propios controles, tal como se describe en los Procesos evaluados en el informe que nos ocupa
 - ✓ Persisten indicadores definidos como control que registran incumplimiento hace más de un año, evidenciando la materialización del riesgo, tal como se describe en los Procesos evaluados en el informe que nos ocupa.
 - ✓ La efectividad de algunos controles no fue evaluada al no disponerse de la información solicitada por la Oficina de Control Internos caso concreto, Procesos de Apoyo Clínico y parcialmente Unidad Funcional de Tratamiento (UFT).

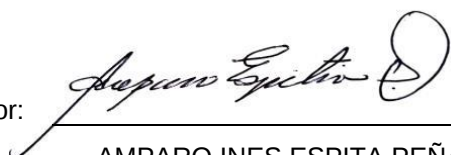
RECOMENDACIONES

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. Actualizar el Mapa de Riesgos de conformidad con la Guía de Administración del Riesgo y Diseño de Controles No. 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la cual involucra cambio en la valoración de los riesgos con respecto al cálculo de impacto y probabilidad.
3. 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.
4. Establecer 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.
5. Implementar de manera sistemática los controles definidos para mitigar la materialización de los riesgos.
6. Revisar redacción de definición de controles evitando que sean actividades del Procedimiento, para lo cual se sugiere utilizar verbos tales como: “verificar, validar, conciliar, cotejar, comparar”.

	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 18 de 18	

7. Revisar los indicadores definidos como control, con el fin de asegurar su pertinencia frente al riesgo.
8. 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.
9. Tener siempre presente que la Gestión del Riesgo es un Proceso Sistemático orientado a la identificación, evaluación, medición, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
10. Tener siempre presente que los Riesgos son tema de suma importancia y relevancia dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Modelo Estándar de Control Interno (MECI), Sistema de Supervisión Basado En Riesgos (SUBR), Sistema Único de Habilitación (SUH) y Sistema Único de Acreditación (SUA). En consecuencia, se debe asegurar su oportuna y permanente Gestión para mitigar la materialización de estos.

Elaborado por:



AMPARO INES ESPITA PEÑA
Profesional Especializado
Oficina Control Interno
Instituto Nacional de Cancerología

Aprobado por:

BUENAVENTURA ORDUY
BURGOS

Jefe Oficina Control Interno
Instituto Nacional de Cancerología

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