

	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 1 de 32	

Fecha Informe:	13 de diciembre de 2021	Fecha de seguimiento	mayo-agosto 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, Moderado, Bajo y de Corrupción, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo mayo-agosto 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 segundo 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 y presencial con los líderes de los Procesos como consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19.

	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 2 de 32	

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, moderados, bajos 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.

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.

Evaluación de Controles: Es de resaltar que el presente informe se basó en los 106 riesgos priorizados y clasificados como altos, extremos, de corrupción, moderados y bajos 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.

1. PROCESO GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Proceso Gestión de Desempeño Institucional.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso se definieron cuatro (4) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 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 3 de 32	

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 1		Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante la pérdida de la competitividad, el reconocimiento nacional y la imagen corporativa del INC	BAJA	NO	10
RIESGO 2		Incumplimiento de los objetivos establecidos	por no lograr el mejoramiento continuo del sistema de gestión del Instituto	MODERADO	SI	14
RIESGO 3		Decisiones erróneas	que llevan a condenas en demandas derivados de la prestación del servicio del INC	MODERADO	NO	7
RIESGO 4		Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	ante la infección del virus COVID-19	ALTO	NO	8

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

El Proceso informó que el riesgo no se materializó, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 la Oficina de Control Interno revisó, verificó y analizó la ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos, mediante documentos, indicadores e informes registrados en SIAPINC.

HALLAZGO No.1

La Oficina de Control Interno, evidenció materialización del Riesgo 2: “Incumplimiento de los objetivos establecidos por no lograr el mejoramiento continuo”, Actividad: “Capacitación permanente de la normas actuales y cambios normativos aplicables a la institución”. Al respecto, se verificaron los resultados de los indicadores “Porcentaje de cobertura del programa de capacitación en cada uno de sus ejes detalles”, “Porcentaje de ejecución presupuestal del programa de bienestar”, observándose incumplimiento de éstos. Así mismo, se verificó informe (presentación) con corte a julio de 2021, del Programa de Bienestar desde la perspectiva de responsabilidad social con el cliente interno (Resolución 0084 de 8 de febrero de 2021), en los que se soporta la materialización del riesgo.

De otra parte, se recomienda al Proceso el envío de la información y evidencias de manera oportuna, en la matriz suministrada por la Oficina de Control Interno como tercera línea de

	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 32	

defensa, con el propósito de realizar el seguimiento a la actividad de control del riesgo y materialización de éstos.

2. PROCESO DE DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACIÓN

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de éstos, del Proceso Diagnóstico y Estadificación.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron seis (6) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACIÓN RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 5	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por fallar en el cumplimiento de las condiciones adecuadas de preparación de los pacientes para la toma de muestras, la realización de exámenes diagnósticos y de las muestras de patología para su procesamiento.	BAJO	NO	10
<u>RIESGO 6</u>	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	ante la falla en la identificación de pacientes y pérdida de las muestras	ALTO	SI	11
RIESGO 7	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	en la entrega de radiofármacos o de resultados de exámenes diagnósticos.	BAJO	SI	12
RIESGO 8	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por expedir resultados errados	BAJO	NO	6
RIESGO 9	Riesgo de Gestión	Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos	ante la detección de fallas en la plataforma tecnológica o en los reactivos de diagnóstico o de síntesis en radiofarmacia	BAJO	SI	8
<u>RIESGO 10</u>	Riesgo de Corrupción	Desvío de recursos físicos o económicos	Ante la malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales.	MODERADO	SI	6

El Proceso informó que algunos riesgos se materializaron, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 la Oficina de Control Interno revisó, verificó y analizó la ejecución de actividades de control definidas en el mapa de riesgos, mediante documentos, indicadores e informes registrados en SIAPINC.

HALLAZGO No 2

➤ Grupo Laboratorio Clínico:

La Oficina de Control Interno, verificó la materialización del Riesgo 6 “Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante la falla en la

	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 5 de 32	

identificación de pacientes y pérdida de las muestras”, actividad: “Verificación del funcionamiento sistema automatización y estandarización de marcación de muestras de laboratorio y de patología.”

Así las cosas, el Grupo reportó en la matriz la materialización del riesgo, junto con la respectiva justificación: *“sí se materializo el riesgo durante el cuatrimestre, se evalúa mediante el hallazgo de la evidencia de muestras mal identificadas”*.

Es de anotar que la Oficina de Control Interno dispone del archivo/papel de trabajo donde se detalla lo atinente a la materialización del riesgo que nos ocupa.

➤ **Grupo Radio farmacia:**

La Oficina de Control Interno, verificó la materialización del Riesgo 6 “Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas ante la falla en la identificación de pacientes y pérdida de las muestras”, actividad: “Rechazo de orden médica de radiofármaco”

Al respecto el citado Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“Se rechazan las solicitudes de los radiofármacos al momento de hacer la verificación teniendo en cuenta los siguientes criterios entre otros: errores al digitar por parte del cliente, horario fuera de los establecidos, no pertinencia del estudio, no disponibilidad del radiofármaco, etc”*

Grupo Radio farmacia, Riesgo 7: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios en la entrega de radiofármacos o de resultados de exámenes diagnósticos” actividad “Verificación y confirmación con el proveedor.”

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“Se envían correos solicitando el insumo y se reciben la confirmación de parte de los proveedores teniendo en cuenta los acuerdos de los contratos, se seguimiento por vía telefónica y Whastapp”*

Riesgo 7: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios en la entrega de radiofármacos o de resultados de exámenes diagnósticos”, actividad: “Realización de mantenimiento preventivo”.

	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 32	

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“Los mantenimientos preventivos relacionados con los equipos de Radio farmacia se realizan según cronograma de ingeniería hospitalaria consignado en el formato código (GTC-P02-F-02) (mantenimiento preventivo de equipos biomédicos propios planeación y ejecución)”*.

Riesgo 7: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios en la entrega de radiofármacos o de resultados de exámenes diagnósticos” actividad: “Supervisión a través de indicador “Porcentaje de entrega no oportuna de radiofármacos”.

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“Los indicadores se registran mensualmente de acuerdo con el manual para gestión de la radio farmacia DYE-P05-M-08, y se adjuntan las evidencias en el momento que se registra en el siapinc de acuerdo a los resultados. Los datos son tomados de la plataforma carecloud.”*

Riesgo 9: “Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos ante la detección de fallas en la plataforma tecnológica o en los reactivos de diagnóstico o de síntesis en radio farmacia”, actividad: “Mantenimiento preventivo de equipos y tecnología”.

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“Los mantenimientos preventivos relacionados con los equipos de radio farmacia se realizan según cronograma de ingeniería hospitalaria consignado en el formato código (GTC-P02-F-02) (mantenimiento preventivo de equipos biomédicos propios planeación y ejecución).”*

Riesgo 10: “Desvío de recursos físicos o económicos ante la malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales”, actividad: “Restricción de ingreso por método biométrico y control de cámaras en RDF”.

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“El ingreso a RDF se controla mediante un software llamado (ZEBRA-ELECTRONICA-SAC-500), el cual cumple con la principal función de registrar a los usuarios que únicamente están autorizados a ingresar a las instalaciones de la radio farmacia.”*

Riesgo 10: “Desvío de recursos físicos o económicos ante la malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales”, actividad: *“Consolidado mensual de motivos de pérdidas de radiofármacos”*.

	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 32	

El Grupo reportó en la matriz de materialización del riesgo: *“En vista que hay inconvenientes con la logística mundial de los radiofármacos se han perdido unidades, lo mismo por el daño de equipos en la radio farmacia, (módulos de síntesis, Ciclotrón, PET)”*

3. PROCESO UNIDADES FUNCIONALES Y DE TRATAMIENTO

La Oficina de Control Interno, realizó la revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos, del Proceso Unidades Funcionales y de Tratamiento.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso se definieron dieciséis (16) riesgos, sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 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 8 de 32	

RIESGO	ENFOQUE	CATEGORIA	RIESGO U OPORTUNIDAD			
			EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 11	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas,	ante la aplicación inapropiada o inoportuna de esquema de tratamiento Oncológico de acuerdo a patología o estadio	BAJO	NO	8
RIESGO 12	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas,	ante el manejo inadecuado de pacientes con riesgo suicida, agitación o heteroagresividad	BAJO	SIN INFORMACION	2
RIESGO 13	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por omisión, ausencia o diligenciamiento inadecuado del consentimiento informado	MODERADO	SIN INFORMACION	4
RIESGO 14	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas,	ante el diligenciamiento inadecuado de la historia clínica	BAJO	NO	6
RIESGO 15	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por errores de prescripción y de aplicación de la orden clínica	MODERADO	SI	7
RIESGO 16	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por no recibir terapia consolidativa oportuna en las neoplasias hematológicas (Quimioterapia y Trasplante de	BAJO	NO	4
RIESGO 17	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante la falta de continuidad en los tratamientos integrales de la población oncológica pediátrica que impacta en la sobrevida.	BAJO	NO	4
RIESGO 18	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	por no realizar el tratamiento quirúrgico del paciente	MODERADO	SIN INFORMACION	10
RIESGO 19	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	con la pérdida y/o mala rotulación del espécimen anatomopatológico	ALTO	SIN INFORMACION	6
RIESGO 20	Riesgo de Gestión	Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos	con la presencia de cuerpos extraños o instrumentos quirúrgicos dejados en el interior del paciente sometido a cirugía. (Presencia de oblitos)	MODERADO	SIN INFORMACION	3
RIESGO 21	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	por Realizar procedimiento quirúrgico en sitio, órgano o paciente equivocado	BAJO	SIN INFORMACION	5
RIESGO 22	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante la baja adherencia a procesos, protocolos y guías institucionales por parte del personal de enfermería	MODERADO	SIN INFORMACION	6
RIESGO 23	Riesgo de Gestión	Inadecuada planificación	por no garantizar la dosis prescrita en Radioterapia.	BAJO	NO	3
RIESGO 24	Riesgo de Gestión	Inadecuada planificación	por errores de tratamiento en localización anatómica inadecuada	BAJO	NO	8
RIESGO 25	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	por no garantizar la oportunidad e integralidad en la atención de paciente por parte de Grupo Área de Soporte Oncológico	BAJO	SIN INFORMACION	5
RIESGO 26	Riesgo de Gestión	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	ALTO	NO	2

HALLAZGOS No. 3

La Oficina de Control Interno verificó la materialización del Riesgo 15: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios por errores de prescripción y de aplicación de la orden clínica”.

En este orden, el Proceso reportó en la matriz de seguimiento actividades de riesgo: “Si, en promedio en el último trimestre se detectaron errores en la prescripción de medicamentos en el 1,1% de las formulaciones”

	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 9 de 32	

De otra parte, es importante mencionar que el Proceso remitió la matriz de materialización de riesgos con dieciséis (16) riesgos registrados en el mapa de riesgos publicado en la página web institucional, sin embargo, el Proceso no reportó información de las actividades desarrolladas en 6 riesgos.

En este sentido, se recomienda al Proceso el envío de la información y evidencias de manera oportuna, en la matriz suministrada por la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, con el propósito de realizar el seguimiento a la actividad de control del riesgo y la materialización de estos.

La Oficina de Control Interno verificó de manera selectiva algunos indicadores del Proceso en los cuales se evidenció incumplimiento de actividades de control, tal como se registra a continuación:

- Indicador “Oportunidad en el inicio de tratamiento cirugía (mediana)”. Reporta incumplimiento en I, II y III trimestre de 2021. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo.
- Indicador “Oportunidad en el inicio de tratamiento radioterapia”. Reporta incumplimiento dentro del I y II trimestre. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo.
- Indicador “Índice Global de Infecciones”. Reporta incumplimiento en I, II y III trimestre de 2021, El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo.
- Indicador “Tiempo de espera en consulta especializada de control hemato/oncología (telesalud)” reporta incumplimiento durante el año 2021. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo.

4. PROCESO DOCENCIA

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos, del Proceso Docencia.

	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 32	

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron cinco (5) riesgos, sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021.

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 39	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	por no formar al talento humano en oncología.	BAJA	NO	7
RIESGO 40	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por Sobrepasar el número de cupos definidos para rotaciones según capacidad instalada	BAJA	NO	6
RIESGO 41	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por enviar inoportunamente las calificaciones de los estudiantes a las IES	BAJA	NO	3
RIESGO 42	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por No realizar los comités docencia servicio definidos por Ley	BAJA	NO	4
RIESGO 43	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	por No realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC	BAJA	NO	4

El Grupo Área Docencia informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 reportó la ejecución de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos.

En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades de control mediante revisión, análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

5. PROCESO INVESTIGACIÓN

La Oficina de Control Interno, realizó la revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos, del Proceso Investigación.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron cinco (5) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021.

	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 11 de 32	

RIESGOS	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORÍA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIAZACION RIESGO	No. ACTIVIDADES
RIESGO 44	Riesgo de Corrupción	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	ante la aceptación de incentivos para aprobación y realización de proyectos en la institución	ALTA	NO	6
RIESGO 45	Riesgo de Corrupción	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	para sesgar los resultados de una investigación	ALTA	NO	5
RIESGO 46	Riesgo de Gestión	Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos	ante demoras en la ejecución de los cronogramas y en los cierres de los proyectos de investigación	BAJA	NO	7
RIESGO 47	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	ante la pérdida de certificaciones nacionales o internacionales como centro de investigación dada por los entes de control	BAJA	NO	3
RIESGO 48	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por contratar o establecer convenios del proceso de investigación con personas naturales o jurídicas que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo.	BAJA	NO	5

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

El Proceso Investigación informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 reportó la ejecución de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos.

En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades de control mediante revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

Resulta importante destacar dentro del análisis de la información de la matriz que el riesgo 44: “Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros ante la aceptación de incentivos para aprobación y realización de proyectos en la institución, con 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 ética y buen gobierno” y “Declaración de Bienes y rentas en SIGEP”.

Así mismo, del riesgo 45 “Decisiones ajustadas a intereses propias o de terceros para sesgar los resultados de una investigación con 5 actividades de control, 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

	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 32	

investigación (Curso de BPC)". Sin embargo, las referidas actividades aún permanecen en el mapa de riesgos publicado en la página web institucional.

Así mismo, y en armonía con los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos versión No 4 del Departamento Administrativo de la Función Pública (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 en 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.

6. PROCESO SALUD PÚBLICA

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos del Proceso Salud Pública.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron tres (3) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021.

El Proceso, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 reportó la ejecución de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos. En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante la revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

	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 13 de 32	

RIESGOS	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORÍA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIAZACION RIESGO	No. ACTIVIDADES
RIESGO 49	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	Por permitir que las Acciones de Salud Pública para el control del riesgo, la detección temprana, la vigilancia epidemiológica y la evaluación y seguimiento de servicios oncológicos no sean eficientes y los	Moderado	No se materializo	5
RIESGO 50	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	Para contribuir con la mejora de la calidad de los servicios oncológicos de Colombia.	Baja	No se materializo	4
RIESGO 51	Riesgo de Corrupción	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)	Extrema	No se materializo	6

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

7. PROCESO GESTIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos, del Proceso Gestión de Talento Humano.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron seis (6) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 30 de agosto 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 de control mediante revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

	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 32	

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 52	Riesgo de Gestión	Inadecuado seguimiento a la gestión	ante la posibilidad de una responsabilidad solidaria frente al incumplimiento de las obligaciones laborales de las empresas tercerizadas con sus trabajadores que prestan servicios en el INC	MODERADO	NO	3
RIESGO 53	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por que el evaluador no concerta compromisos dentro de términos establecidos en la norma.	MODERADO	SI	4
RIESGO 54	Riesgo de Gestión	inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	ante el ingreso de personal de aliados estratégicos y personal externo sin cumplimiento de las normas relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo	BAJO	NO	5
RIESGO 55	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	ante almacenamiento y archivo de las historias ocupacionales en instalaciones físicas inadecuadas	BAJO	NO	4
RIESGO 56	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por contratar con personas naturales que se encuentran registradas en las listas restrictivas.	BAJO	NO	2
RIESGO 57	Riesgo de Corrupción	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	por manipular la nóminas (Planta y supernumerarios) y ordenes de pago.	MODERADO	NO	4

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

HALLAZGO No. 4

La Oficina de Control Interno, evidenció la materialización del Riesgo 53, actividad: “*Revisión de informes generado por la plataforma de la CNSC*”. Con respecto a la ejecución de esta actividad, se observó que el Instituto, avanza en el proceso de reporte en el módulo Registro Público Carrea Administrativa (RPCA) de la Comisión Nacional del Servicio Civil en la plataforma SIMO, de las novedades relacionadas con los servidores públicos que han adquirido derechos de carrera administrativa.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto. aún tiene pendiente de realizar el reporte de información de novedades (Inscripción, actualización, anotaciones por comisión para desempeñar empleo de libre nombramiento y remoción o de periodo fijo y cancelación de los cargos de carrera administrativa), tal como lo establece los artículos 2.2.7.2 y 2.2.7.3 del Decreto 1083 de 2015.

	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 15 de 32	

8. PROCESO GESTIÓN INFRAESTRUCTURA E INGENIERÍA CLÍNICA

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y la materialización de estos, del Proceso Gestión de Infraestructura e Ingeniería Clínica.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Proceso, se definieron (9) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

RIESGOS	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORÍA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIAZACION RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 58	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	para conllevar a impactos negativos en el Medio Ambiente	BAJA	NO	3
RIESGO 59	Riesgo de Gestión	Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos	por no realizar las obras y mantenimientos institucionales con oportunidad, con impacto en la seguridad a los pacientes y en la validación de requisitos de habitación.	BAJA	NO	2
RIESGO 60	Riesgo de Corrupción	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	NO	8
RIESGO 61	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por Incumplir los contratos de los proveedores del grupo área Gestión Ambiental y hotelera (soporte ambiental y soporte hotelero, infraestructura y obras).	BAJA	NO	8
RIESGO 62	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o	de diseños incompletos, para obras civiles, remodelaciones, adecuaciones.	BAJA	NO	3
RIESGO 63	Riesgo de Gestión	Inadecuado seguimiento a la gestión	por duplicar la contratación de servicios, consultorias y obras civiles.	BAJA	NO	1
RIESGO 64	Riesgo de Gestión	Inadecuada planificación	por no adquirir los equipos de tecnología biomédica que satisfacen las necesidades del INC	BAJA	NO	4
RIESGO 65	Riesgo de Gestión	Daño de activos	por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica	ALTA	SI	6
RIESGO 66	Riesgo de Gestión	Inoportuna atención de necesidades o requerimientos	ante el incumplimiento de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento	MODERADA	NO	6

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

Al respecto, el Grupo informó que el riesgo 65 se materializó: “Daño de activos por el uso o condiciones físicas inadecuadas de tecnología biomédica”, Actividad “Identificación de fallas

	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 32	

o situaciones inseguras”. Así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

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

HALLAZGO No. 5

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). Así las cosas, se sugiere la revisión de estas.

Adicionalmente, se realizó verificación en SIAPINC de los indicadores: “Porcentaje de cobertura de capacitación en el manejo y uso seguro de equipos médicos”, el resultado con corte al mes septiembre de 2021 registra cumplimiento de 95,56%.

Así mismo, se verificó el indicador: “Porcentaje de mantenimientos correctivos por mal uso de los equipos biomédicos”, el cual registró resultado negativo de 47,10% frente al número mínimo de (0) y máximo de (10).

Es de anotar que la Oficina de Control Interno dispone del archivo/papel de trabajo donde se detalla el análisis del indicador que nos ocupa.

De otra parte, de acuerdo con el seguimiento realizado a las actividades del indicador: “Cumplimiento del plan de metrología” que representa el número de revisiones a los equipos médicos, el cual reporta incumplimiento de 26,55%. Al respecto se verificó reporte del análisis del indicador así: *“Se ejecutaron en total 30 equipos durante el mes, por lo que se reprograman los faltantes para el mes siguiente. Se evidencia un porcentaje global de cumplimiento del 55,95%, por lo cual deben distribuirse adecuadamente las reprogramaciones de servicios para alcanzar un cumplimiento del 100% de las actividades contempladas para el 2021”. (fecha de reporte 26/08/2021).*

	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 17 de 32	

De igual manera, se verificó cumplimiento del indicador: “En la ejecución de mantenimientos correctivos de infraestructura de equipos médicos y de apoyo” evidenciándose incumplimiento durante los tres trimestres de 2021, así: I trimestre 88,90%, II trimestre 82,03% y III trimestre 70,83% frente al mínimo de 90 y máx. 100.

Del análisis de este último indicador se verificó el reporte adjunto al indicador así: *“El mantenimiento ejecutado para el mes de julio de 2021 se ubicó en el 70,8% respecto del número de órdenes de mantenimiento generadas, como se observa en la gráfica para el periodo se recibieron un total de 569 órdenes de servicio de los cuales se realizaron 403, las ordenes restantes las cuales son 166 obedecen a mantenimientos no realizados dado que actualmente no contamos con contrato de cortinas ni cerrajería”(…)*

Así las cosas, es necesario verificar y analizar la efectividad de las actividades de control, dado la materialización del riesgo, con el propósito de emprender las acciones de mejora tendientes a fortalecer los controles que minimicen la referida materialización.

9. PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Grupo Área de Gestión de Sistemas.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo, se definieron (16) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

El Proceso, informó la materialización de los siguientes riesgos: 99 “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 y riesgo “101: “Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios por daño, deterioro o pérdida de equipos tecnológicos y su información contenida.

Así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

	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 18 de 32	

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 91	Riesgo de Seguridad de la información	Pérdida de Confidencialidad de la Información	Ante fallo en la aplicación de controles para evitar la fuga y/o perdida de información confidencial del instituto	MODERADO	NO	14
RIESGO 92	Operativo	Inexactitud	Ante Inadecuado seguimiento a inventarios de software y hardware	BAJA	NO	2
RIESGO 93	Tecnología	Pérdida de Integridad de la Información	por Obsolescencia de sistemas operativos y equipos fuera de periodo de soporte extendido	MODERADO	NO	3
RIESGO 94	Tecnología	Incumplimiento en la entrega de los resultados e impacto previstos	ante Sobrecarga laboral, rotación personal, rutina en la ejecución de actividades que genere exceso de confianza y produzca el error en mesa de ayuda	BAJA	NO	6
RIESGO 95	Operativo	Pérdida de Confidencialidad de la Información	por Incumplimiento de normas de derechos de autor	BAJA	NO	3
RIESGO 96	Tecnología	Pérdida de Confidencialidad de la Información	ante Uso de dispositivos Móviles Personales en redes de empleados	BAJA	NO	3
RIESGO 97	Tecnología	Pérdida de Confidencialidad de la Información	ante el uso de claves débiles en equipos, aplicativos y sistemas	MODERADO	NO	11
RIESGO 98	Tecnología	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	ante Backup con frecuencias no adecuadas que posibilitan perdida de información en el sistema NNAS	MODERADO	NO	5
RIESGO 99	Tecnología	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	ALTO	SI	11
RIESGO 100	Cumplimiento	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	por ausencia de políticas de marcado y clasificación de los activos de información electrónica	ALTO	NO	6
RIESGO 101	Tecnología	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por daño, deterioro o pérdida de equipos tecnológicos y su información contenida	BAJA	SI	8
RIESGO 102	Tecnología	Pérdida de Confidencialidad de la Información	ante Infecciones de Malware y Virus	BAJA	NO	7
RIESGO 103	Tecnología	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por ataques de phishing especializados hacia el instituto	MODERADO	NO	4
RIESGO 104	Tecnología	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por Ciberbioinseguridad	ALTO	NO	5
RIESGO 105	Tecnología	Pérdida de Confidencialidad de la Información	ante Explotación de Vulnerabilidades debido a incorrecto manejo de actualizaciones automaticas de sistemas operativos	MODERADO	NO	7
RIESGO 106	Tecnología	Pérdida de Confidencialidad de la Información	ante Retorno a la Normalidad de equipos en teletrabajo debido a pandemia Covid 19	BAJA	NO	4

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

	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 19 de 32	

HALLAZGO No. 6

La Oficina de Control Interno verificó materialización del riesgo 99, mediante revisión de los informes: *Revisión de seguridad en 360 grados de los meses mayo, junio y julio de 2021, de otra parte, el proceso reporta en la matriz de seguimiento del segundo cuatrimestre, del riesgo 99, que las actividades de cierre de correos personales y la actividad de aplicación de cierre de sitios de transferencia de información de gran volumen se llevara a cabo durante el tercer cuatrimestre de 2021,*

Así mismo, verificó materialización del riesgo 101, actividad:34 “Revisión de protocolo robo y asonada” el proceso reporta en la matriz de riesgo: *“en auditoria ISO27001 se detecta que no se registran caso de Hurto de portátil de Luis Eduardo Niño en Helpeople, a pesar que si se registra el incidente en el formato de reporte a PONAL. Se abre OM en el plan de Mejora PMG-21-00027”*

10. GRUPO ÁREA GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo, se definieron (3) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

	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 20 de 32	

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 67	Riesgo de Gestión	Inoportuna atención de necesidades o requerimientos	ante la pérdida, extravío o daño de los expedientes de archivo entregados en calidad de préstamo o por falta de elaboración de los inventarios documentales	BAJA	NO	6
RIESGO 68	Riesgo de Gestión	Inoportuna atención de necesidades o requerimientos	por errores en el cargue de información y documentos digitalizados en los expedientes de historias clínicas (SAP)	BAJA	NO	3
RIESGO 69	Riesgo de Gestión	Inexactitud	por Documentos mal entregados interna y externamente por errores en la captura de información o en la distribución	BAJA	NO	5

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

El Grupo Área Gestión Documental, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo cuatrimestre de 2021 reportó la ejecución de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos.

En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de las actividades mediante revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

11. PROCESO GESTIÓN DEL GASTO

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Grupo Área Gestión Financiera.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo, se definieron (12) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021.

El Grupo Área Gestión Financiera, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la

	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 32	

matriz de autoevaluación. Adicionalmente se realizó socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reunión virtual vía Teams.

HALLAZGOS No. 7

La Oficina de Control Interno observó que al consultar la información en la página web del Instituto enlace: “Transparencia y Acceso a la Información” 3. Contratación, 3.3 “Informe de ejecución contractual”, los filtros “Publicado en” consulta por mes y año, no corresponde al periodo y año consultado.

De otra parte, al realizar el filtro “Fuente” “todas las fuentes”, el año se encuentra registrado hasta 2020.

Así las cosas, se recomienda revisar el contenido de la información registrada en el sistema y verificar los filtros de consulta, con el propósito de superar la mencionada inconsistencia.

	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 22 de 32	

RIESGOS	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 70	Riesgo de Gestión	Inadecuado seguimiento a la asignación y/o ejecución de los recursos	por realizar un inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	BAJA	NO	5
RIESGO 71	Riesgo de Corrupción	Realización de cobros indebidos	ante la devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.	Riesgo de Corrupción	NO	6
RIESGO 72	Riesgo de Corrupción	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	NO	6
RIESGO 73	Riesgo de Gestión	Inoportuna atención de necesidades o requerimientos	ante la designación errada de la modalidad de selección, en elaboración o publicación de los términos de condiciones y demoras en el inicio de los procesos de selección	BAJA	NO	4
RIESGO 74	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de compromisos	ante demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	BAJA	NO	5
RIESGO 75	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por peculado por destinación.	BAJA	NO	3
RIESGO 76	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por contratar con personas naturales o jurídicas que se encuentren relacionadas con actos delictivos como lavado de activos o financiación	Riesgo de Gestión	NO	5
RIESGO 77	Riesgo de Corrupción	Desvío de recursos físicos o económicos	ante la pérdida de un activo	ALTA	NO	5
RIESGO 78	Riesgo de Gestión	Inexactitud	en en la capitalización de los activos fijos de proyectos frente a los inventarios de los centros de costos	Riesgo de Gestión	NO	5
RIESGO 79	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por recibir transacciones en efectivo superior a 5 millones o 25 millones acumulados en el mes por la misma persona por concepto de prestación de un servicio o donación y que son producto de lavado de activos o financiación del terrorismo.	BAJA	NO	5
RIESGO 80	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por por recibir donación de bienes o servicios producto de actos delictivos como lavado de activos o financiación del terrorismo.	BAJA	NO	5
RIESGO 81	Riesgo de Gestión	Inadecuada planificación	durante la verificación de constitución de cuentas por pagar	ALTA	NO	8

Fuente: Matriz de Riesgos Institucionales

	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 23 de 32	

12. PROCESO GESTIÓN CONTABLE

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Grupo Gestión de Contabilidad.

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo. se definieron (4) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIV
RIESGO 82	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	ante la oportunidad de la presentación de las obligaciones fiscales	BAJA	NO	
RIESGO 83	Riesgo de Gestión	Inoportuno seguimiento a la gestión	ante los errores, inconsistencias, omisión en el registro de la totalidad de los hechos económicos, transacciones y operaciones en el Sistema SAP	BAJA	NO	
RIESGO 84	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de compromisos	en la entrega oportuna de la información financiera a las entidades de control y demás partes interesadas.	MODERA	NO	
RIESGO 85	Riesgo de Gestión	Inadecuada planificación	ante las fallas en la estimación de costo de las prestaciones asistenciales.	BAJA	NO	

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

El Grupo Gestión de Contabilidad, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación. Adicionalmente se realizó socialización de las observaciones con el Líder del Proceso por medio de reunión virtual vía Teams.

13. GESTIÓN COMERCIAL

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Grupo Gestión Comercial.

	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 24 de 32	

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo, se definieron (5) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 86	Riesgo de Corrupción	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	al no ejercer la debida supervisión contractual tanto a aliados estratégicos como a ERP	ALTO	NO	8
RIESGO 87	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	al no contar con la liquidez para asegurar la prestación de servicios en el INC desde la perspectiva del ciclo de ingreso de provision de recursos en gestion de mercadeo, facturación y cartera.	BAJO	NO	9
RIESGO 88	Riesgo de Gestión	Inoportuna atención de necesidades o requerimientos	ante las barreras de atención, el aumento de la demanda y la disminución de la participación en el mercado derivada de factores internos y externos al INC	BAJO	NO	4
RIESGO 89	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante la aceptación de glosa	BAJO		4
RIESGO 90	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante el incremento de la cartera no recuperable	BAJO	NO	7

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

El Proceso Gestión de Comercial, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

Del análisis de la información de la matriz de riesgos institucional reportada por el Proceso, informe de Gestión Facturación agosto 2021 y consulta de los indicadores, resulta importante destacar:

	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 32	

HALLAZGO No 8

➤ Grupo Gestión de Facturación

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 indicador *“Glosas recibidas”* que registra incumplimiento con corte al III trimestre de 35,07% frente al límite establecido máximo de 20%, hecho que viene sucediendo desde marzo de 2020.

Igual situación se evidenció con el Indicador *“Glosas respondidas dentro del tiempo”* el cual registra resultado con corte a III trimestre de 2021 de 41,47%, incumplimiento frente a los límites establecidos, hecho que viene sucediendo desde marzo de 2020.

Así mismo, del informe *“Gestión Facturación agosto de 2021”* presentado a la Dirección General se destaca los siguientes aspectos con respecto a esta actividad: Páginas 54-58:

- *Para el mes de agosto se realizaron 20 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 53.442.601.*
- *En lo transcurrido del 2021, los hallazgos de auditoría detectados y el impacto monetario de los mismos están representado en \$955.996.26*
- *INCREMENTO DEL RIESGO DE PÉRDIDA ECONÓMICA POR POSIBLES GLOSAS DE MIPRES, Valor de glosa aproximada \$10.413.955.817.*
- *La pérdida económica por glosas a causa de MIPRES ha sido de \$341.043.063. Valor glosa aceptada en el mes de julio \$3.564.77*
- *Reporte de Glosas Conciliadas con corte agosto por ERP de 2021: Valor Factura \$ 10.175.538.024 valor objetado \$5.389.488.175 valor soportado 5.124.954.437 valor aceptado \$213.541.616 valor sin acuerdo de conciliación \$ 50.992.122 (Pág. 26)*
- *Dentro del contenido del informe seguimiento a tareas 29 de julio de 2018, Revisión de logros alcanzados y planeación de las estrategias para reducir la glosa inicial en el año 2021, por debajo del 20% y respuesta en el cumplimiento de tiempos normativos (Pág. 60)*
- *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 Plan de Mejora.*

	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 26 de 32	

Así las cosas, 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, a vía de ejemplo la conciliación de partidas de cartera, 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.

14. GESTIÓN APOYO CLÍNICO

	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 32	

RIESGO	ENFOQUE	RIESGO U OPORTUNIDAD				
		CATEGORIA	EVENTO	VALORACION RIESGO	MATERIALIZACIÓN RIESGO	ACTIVIDADES
RIESGO 27	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	ante infecciones asociadas a la atención en salud	ALTO	NO	7
RIESGO 28	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	por no realizar el diagnóstico social	BAJO	NO	8
RIESGO 29	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	hacia prevención y atención de la caída del paciente durante el proceso de atención	ALTO	NO	7
RIESGO 30	Riesgo de Corrupción	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	ante la pérdida de medicamentos de alto costo	ALTO	NO	4
RIESGO 31	Riesgo de Gestión	Inadecuado seguimiento a la gestión	sobre la integridad de la piel del paciente	MODERADO	NO	8
RIESGO 32	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	por presentarse errores de medicación	MODERADO	NO	9
RIESGO 33	Riesgo de Gestión	Inadecuado seguimiento a la gestión	ante la respuesta inoportuna a las solicitudes de referencia y contrareferencia	BAJO	NO	5
RIESGO 34	Riesgo de Gestión	Inadecuada implementación de políticas, normas, estándares, planes y/o programas	para la comunicación asertiva entre el paciente, familia y el equipo de salud	MODERADO	NO	8
RIESGO 35	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	ante las fallas de los procedimientos desde la donación de la sangre o plaquetas, el procesamiento, liberación y administración de hemocomponentes.	BAJO	NO	13
RIESGO 36	Riesgo de Gestión	Incumplimiento de los objetivos establecidos	ante la pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización	BAJO	NO	4
RIESGO 37	Riesgo de Gestión	Inadecuado suministro/entrega de Productos y/o servicios	ante la pérdida de la cadena de esterilidad del instrumental	BAJO	NO	11
RIESGO 38	Riesgo de Gestión	Incumplimiento legal	por generar de manera inoportuna las respuestas de las PQRS	BAJO	NO	6

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional

La Oficina de Control Interno, realizó revisión del cumplimiento de las actividades de control definidas en el mapa de riesgos y materialización de estos, del Proceso Apoyo Clínico.

	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 28 de 32	

Es de anotar que, de acuerdo con lo registrado en el mapa de riesgo del referido Grupo, se definieron (12) riesgos sobre los cuales se presenta a continuación el resultado del seguimiento, con corte a 31 de agosto de 2021:

El Proceso Apoyo Clínico, informó que los riesgos no se materializaron, así mismo, durante el segundo 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 revisión y análisis de documentos, indicadores e informes que se adjuntaron a la matriz de autoevaluación.

Del análisis de la información registrada en la matriz de riesgos institucional reportada por el Proceso, al igual que la consulta de los indicadores en SIAPINC, la Oficina de Control Interno, destaca:

HALLAZGO 9.

➤ Grupo Atención Inmediata al Paciente con Cáncer (GAICA)

La Oficina de Control Interno evidenció que algunos riesgos se materializaron en lo atinente a varias actividades de control de estos, toda vez que el resultado de los indicadores registra incumplimiento, así:

- Indicador: *“Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias”*, el indicador registra incumplimiento desde 2020 hasta el III trimestre de 2021 de 8,29 %. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control Interno.
- Indicador: *“Porcentaje de adherencia al lavado de manos en el Grupo de Atención inmediata al paciente con cáncer”*, el indicador registra incumplimiento con corte al III trimestre 2021 de 50,78%. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control.
- Interno. Indicador: *“Promedio estancia en GAICA”*, registra incumplimiento en el III trimestre de 2021 de 3,07%. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control Interno.

	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 29 de 32	

➤ **Grupo Consulta Externa**

- Indicador: *“Tiempo de espera en consulta especializada de primera (1) vez”*, registra incumplimiento desde 2020 hasta el primer trimestre de 2021 de 76,37%. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control Interno.

➤ **Grupo Gestión Integral al Paciente (CEGIP)**

- Indicador: *“Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de primera vez”*, el indicador registra incumplimiento desde 2020 hasta el primer trimestre de 2021 de 14,92%. El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control Interno.
- Indicador: *“Oportunidad de la asignación de citas para consulta médica especializada de control y seguimiento”*, el indicador registra incumplimiento desde 2020 hasta el III trimestre de 2021 de 34,27% (último trimestre). El análisis del indicador se registra en la matriz de seguimiento/papel de trabajo de la Oficina de Control Interno.

➤ **Grupo de Servicios Farmacéuticos**

- Indicador: *“Cobertura de conciliación de documentos”*, el indicador registra incumplimiento desde 2020 hasta el III trimestre de 2021 de 27,85% (último trimestre). En cuanto al análisis de este indicador, la Oficina de Control Interno dispone de la matriz de seguimiento/papel de trabajo donde se evidencia el análisis realizado por parte del Grupo de Servicios Farmacéuticos.

➤ **Grupo Medicina Interna e Infectología**

- Indicador: *“Porcentaje de adherencia de lavado de manos”*, el indicador registra incumplimiento durante el II y III trimestre de 2021 de 42,86% (último trimestre). En cuanto al análisis del indicador por parte del citado Grupo se precisa: *“Para el mes de mayo del año 2021, el porcentaje de adherencia al lavado de manos en el grupo de Medicina Interna fue del 50%. Se genera PM para entrenamiento de observador en el servicio.”*

Algunos indicadores registran resultados de incumplimiento desde 2020 hasta el III trimestre de 2021, por lo que resulta de suma importancia que, al interior de los Grupos, se formule plan

	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 32	

de mejora que incluya actividades, compromisos, efectivos que mitiguen el riesgo, toda vez que el incumplimiento del indicador por más de varios meses, evidencia que las actividades de control de los riesgos requieren mejora con el fin de minimizar la materialización de éstos.

De otra parte, es importante diligenciar y reportar en la matriz de riesgos que suministra la Oficina de Control Interno la información requerida, con el fin de realizar seguimiento de las actividades de control de los riesgos y evidenciar de esta manera los controles que requieren ser ajustados y/o modificados, toda vez que en la información reportada por el Proceso no se informó la materialización del riesgo.

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 en las categorías: Extremos, Altos y de Corrupción, moderados y bajos.
- 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 se evaluó en su totalidad, 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).

	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 31 de 32	

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. 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.
4. 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”.
5. Mantener los controles y acciones preventivas planteadas en aquellos Procesos/Procedimientos donde no se han materializado los riesgos.

Así mismo, que, en los diferentes círculos de mejoramiento, los líderes de Procesos/Procedimiento, revisen y estudien la pertinencia de identificar nuevos riesgos y se incluyan en el mapa, que a su juicio representen amenaza para la consecución de los objetivos institucionales.

6. Revisar los indicadores definidos como control, con el fin de asegurar su pertinencia frente al riesgo.
7. Revisar y analizar por parte de los líderes de Procesos/Procedimiento el resultado de la evaluación y seguimiento realizada por la Oficina de Control Interno, dado que se evidenció riesgos que se materializan de forma reiterativa, al igual que se observó eventos de materialización que no son coherentes con la información reportada en la matriz de riesgos.
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, la información debe contar con criterios tales como: ser fidedigna, pertinente y oportuna.
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. Fortalecer por parte de los responsables y líderes de Proceso/Procedimiento la labor de seguimiento a las actividades de control de los riesgos, con el fin de evitar la materialización de sus 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 32 de 32			

11. 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