

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

BUENAVENTURA ORDUY BURGOS

Período evaluado: 13 de julio a 12 de noviembre de 2017

Fecha de elaboración: 10 de noviembre de 2017

Módulo de Control de Planeación y Gestión

Avances

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Instituto Nacional de Cancerología, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, procede a publicar en la página web el Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, correspondiente al periodo 13 de julio al 12 de noviembre de 2017.

Es preciso indicar que el referido informe se realizó siguiendo la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el Decreto Único 1083 de 2015 (Modelo Estándar de Control Interno-MECI-) para los siguientes Módulos: (1) Control de Planeación y Gestión, (2) Control de Evaluación y Seguimiento, así como para el Eje Transversal "Información y Comunicación". Así las cosas, se presenta a continuación el detalle por cada Módulo:

El Instituto gestionó y obtuvo aprobación de Planta Temporal para suplir necesidades de talento humano en las diferentes dependencias de su estructura orgánica.

- El Instituto dispone del Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral. Así mismo, definió los factores de acceso al nivel sobresaliente en el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral.
- El Instituto adoptó el Subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo como parte del Sistema Integrado de Gestión.
- El Instituto cuenta con Sistema de Evaluación de Desempeño para los servidores públicos tanto de carrera administrativa como en provisionalidad.
- La Planeación del Instituto cuenta con objetivos para el cumplimiento de los programas y proyectos.
- El Instituto cuenta con el Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC) para efectos de cumplir con el pago de las obligaciones con proveedores de bienes y servicios.
- El Instituto cuenta con una estructura organizacional flexible que facilita la gestión por procesos.
- El Instituto cuenta con tablero de indicadores de eficiencia y efectividad para medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas y proyectos.
- El Instituto avanza en la identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos asistenciales y de apoyo en cada uno de los Procesos y Procedimientos, así como en la elaboración de los Mapas de Riesgos por Proceso e Institucional.

- El Instituto actualizó el Plan Institucional de Capacitación (PIC) para la vigencia 2017
- El Instituto adoptó el Programa de Inducción y Reinducción para el año 2017.
- El Instituto mediante Resolución 660 del 4 de julio de 2017, actualizó la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión Institucional.
- El Instituto realizó talleres de Escuela de Liderazgo, dirigido a Subdirectores, Coordinadores de Grupo Área, Coordinadores de Grupo y Oficinas Asesoras.
- El Instituto cuenta a partir del mes de septiembre de 2017 con una nueva modalidad de contratación de servicios denominada: Pago Global Prospectivo (PGP), en la cual los pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer se atienden sin necesidad de autorización y la aseguradora paga un valor estándar mensual que se puede ajustar según el número de casos la severidad y el costo.
- El Instituto realizó en el mes de octubre de 2017 la segunda Feria de la Acreditación como una estrategia de socialización secundaria para el Proceso de Acreditación que actualmente emprende la organización.
- El Instituto adquirió en el mes de octubre de 2017 el último avance en cirugía mínimamente invasiva para convertirse en una alternativa segura y eficiente para pacientes con pocos recursos económicos, convirtiéndose en la primera entidad pública del país con esta tecnología.

Dificultades

- El Instituto no registró en SIAPINC4 la totalidad de los datos en el Plan Operativo Anual (POA) correspondiente al tercer trimestre de 2017, al igual que los indicadores con su respectivo análisis, situación que impacta negativamente el indicador de resultado de avance del citado Plan (83%).
- Se evidenció que continúa presentándose oportunidad de mejoramiento para el elemento:

Autoevaluación del Control y Gestión: Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos. Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.

Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento

Avances

- La Oficina de Control realizó informe de seguimiento sobre el avance del Plan Estratégico Sectorial correspondiente al tercer trimestre de 2017, en lo atinente al Instituto y remitió el citado informe a la Oficina de Control Interno del Ministerio de Salud y Protección Social.
- La Oficina de Control Interno realizó el 14 de agosto de 2017 el Comité de Control Interno, desarrollando la siguiente agenda: (1) Informe Seguimiento Acciones de Mejora vencidas a 30 de junio de 2017; (2) Informes presentados por la Oficina de Control Interno correspondiente al segundo trimestre de 2017; (3)

Informe Auditorías Internas de Calidad 2017; (4) Informe Auditoría de Gestión PQRS, primer semestre 2017; (5) Informe Seguimiento SIGEP II Trimestre 2017; (6) Informe Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2017; (7) Fomento Cultura Autocontrol; (8) Seguimiento Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, II Trimestre 2017 y (9) Proposiciones y Varios.

- La Oficina de Control Interno continua realizando seguimiento sobre identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos asistenciales y de apoyo, presentando a la Dirección General y responsables de Procesos y Procedimientos los informes respectivos. Así mismo, ajustó e inicio proceso de sensibilización del instrumento técnico que integra las distintas etapas para la administración y gestión del riesgo en el Instituto.
- El Instituto cuenta con Procedimiento para la realización de la Auditorías Internas (Actividad para Auditoría Interna).
- El Instituto cuenta con herramientas para la construcción de Planes de Mejoramiento (SIAPINC 4) y la Oficina de Control Interno, realiza mensualmente informe de seguimiento sobre el cierre de las acciones de mejora y reporta a la Dirección General así como a los responsables de las referidas acciones, los resultados de esta labor.
- La Oficina de Control Interno, realizó seguimiento a 38 acciones de mejora vencidas con corte a 30 de septiembre de 2017, registradas en el Sistema de Información de Apoyo a Proyectos del Instituto (SIAPINC 4), de las cuales se cerraron 10 equivalentes al 26,32%, incumpléndose con la meta de este indicador (80%).
- La Oficina de Control Interno realizó Informe de Auditoría sobre la Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS), correspondiente al primer semestre de 2017.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento correspondiente al tercer trimestre de 2017, sobre el cumplimiento en el cargue de información en los distintos módulos que componen el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público (SIGEP) y presentó el informe respectivo a la Dirección General y Coordinación del Grupo Área de Talento Humano.
- La Oficina de Control Interno continúa realizando asesoría y acompañamiento a los líderes de Proceso/Procedimiento que lo demanden, en diferentes temáticas.
- La Oficina de Control Interno continuó ejecutando las actividades previstas en el Plan de Trabajo, relacionadas con el Fomento de la Cultura del Control, con el propósito de concientizar a los servidores públicos, contratistas y aliados estratégicos que laboran en el Instituto sobre la importancia y necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación y Autocontrol. De manera complementaria, durante los meses de octubre y lo corrido de noviembre de 2017, se realizaron en las distintas dependencias del Instituto, Talleres de Autoevaluación de la Gestión Institucional con base en los Planes Operativos Anuales (POAS 2017).
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento e informe sobre el avance del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, con corte a 31 de agosto de 2017 en sus 5 componentes, el cual

se encuentra publicado en la página web y comunicado a la Dirección General del Instituto y a los diferentes responsables de las acciones de cada componente del citado Plan.

- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento sobre el cumplimiento de la Ley 1815 de 2017, Decreto 1068 de 2015 y Directiva Presidencial No 01 de 2016, relacionadas con el Plan de Austeridad del Gasto. El Informe con corte a 30 de septiembre de 2017 se presentó a la Dirección General, con copia a los responsables de los diferentes Grupos de Trabajo.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento correspondiente al tercer trimestre de 2017, sobre el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y Decreto 1081 de 2015, Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y Resolución 3564 de 2015 de MINTIC. El Informe resultante de esta labor se presentó a la Dirección General con copia a los sujetos obligados a publicar información en los términos de la referida normativa. Es de anotar que el avance al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, Decreto 1081 de 2015 y Resolución 3564 de 2015 para el tercer trimestre de 2017 fue 98.10%.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento sobre el cargue y reporte oportuno de la información en el Sistema Estatal de Contratación Pública SECOP.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento sobre el avance y cumplimiento del Plan de Mejoramiento Archivístico (PMA) correspondiente al tercer trimestre de 2017 y reportó al Archivo General de la Nación el informe sobre el particular, con copia a la Dirección General del Instituto y Coordinación de Gestión Documental y Correspondencia.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento e informe sobre la política en materia arbitral en el Instituto y se comunicó dicho informe a la Dirección General y a la Oficina Asesora Jurídica.
- La Oficina de Control Interno realizó los Seguimientos e Informes de Ley programados para el tercer trimestre de 2017, en concordancia con el Programa Anual de Auditorías de la vigencia 2017.
- La Oficina de Control Interno realizó seguimiento y validación sobre los reportes periódicos de información al Ministerio de Salud y Protección Social, en el Sistema de Información Hospitalario (SIHO).
- La Oficina de Control Interno evidenció que el Instituto reportó oportunamente los informes a la Contraloría General de la República (SIRECI), Colombia Compra Eficiente (SECOP), Estados Financieros a la Contaduría General de la Nación y Circular Única a la Superintendencia Nacional de Salud.
- La Oficina de Control Interno inició plan de sensibilización sobre enfoque preventivo con el fin atender mandato regulatorio previsto en el Decreto 648 de 2017.
- La Oficina de Control Interno realizó socialización a los miembros del Comité Directivo en su sesión del mes de septiembre de 2017 sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Decreto 1499 de 2017.
- La Oficina de Control Interno realizó mesas de trabajo con los distintos Grupos orientadas a la socialización del Acuerdo 565 de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) en relación con la Evaluación

por Dependencia que debe realizar dicha dependencia para calificar a los Servidores Públicos escalafonados en Carrera Administrativa.

- La Oficina de Control Interno realizó el Informe Final Consolidado de las Auditoría Internas Combinadas vigencia 2017, el cual fue comunicado a la Dirección General del Instituto, con copia a los responsables de los Procesos y Procedimientos que fueron auditados.
- La Oficina de Control Interno elaboró y publicó en la página web del Instituto, el Informe Cuatrimestral Pormenorizado del Estado de Control Interno, período 13 de julio al 12 de noviembre de 2017. Así mismo, se comunicó a la Dirección General.

Dificultades

- Los responsables de Planes de Mejoramiento, realizaron con corte a 31 de octubre de 2017 cierre a 10 acciones de mejora de 38 por cerrar, obteniendo como resultado del indicador avance de tan solo 26,32 %
- Se evidenció que continúa presentándose oportunidad de mejoramiento para el elemento:

Autoevaluación del Control y Gestión: Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos. Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.

Información y Comunicación

Avances

- El Instituto continua presentando semanalmente el programa de televisión Vida y Cancer, espacio destinado a educar y formar sobre el manejo, tratamiento y diagnóstico de la enfermedad.
- El Instituto dispone de las siguientes fuentes de información externa: Recepción de PQRS y buzón de sugerencias.
- El Instituto dispone de las siguientes fuentes internas de información: Manuales, Informes, Actas, Actos Administrativos, SIAPINC4, Intranet, Cartelera, Boletines Virtuales, Revista Colombiana del Cáncer, entre otros).
- El Instituto dispone de Tablas de Retención Documental de acuerdo con la normatividad vigente en esta materia.
- El Instituto dispone del Sistema de Información para el manejo de correspondencia interna y externa.
- El instituto dispone del Sistema de Información (SAP) para el manejo sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.

- El Instituto dispone de Página web, programa de televisión y radial, carteleras comunitarias e infografías.
- El Instituto dispone de canal de televisión interno segmentado como medio de comunicación para los pacientes, usuarios, servidores públicos, contratistas y aliados estratégicos.
- El Instituto en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015 y Resolución 3564 de 2015, Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional dispuso en la página principal una sección particular identificada con el nombre de “Transparencia y Acceso a la Información Pública”. Por su parte, la Oficina de Control Interno continúa realizando seguimiento trimestral sobre cumplimiento de las citadas disposiciones legales.
- Dentro del Elemento Comunicación Informativa, la Dirección General del Instituto ofrece periódicamente un espacio denominado “Contacto con la Dirección” para informar a los servidores públicos, contratistas y aliados estratégicos que laboran en el Instituto sobre diferentes temas de interés general e institucional.
- El Instituto puso a disposición de la ciudadanía en el mes de agosto de 2017 el Sistema Infocáncer, el cual consolida, estandariza, entrega y centraliza la información de cáncer en Colombia, convirtiéndose en la única plataforma digital que reúne datos de esta enfermedad en el país para ser consultada en línea y en español por el público en general y grupos de interés, como la comunidad académica, científica y médica.

Dificultades

- Se evidenció oportunidades de mejoramiento para el elemento:
Información y comunicación externa:
- Publicar la totalidad de la información requerida en la Ley 1712 de 2014, así como actualizarla periódicamente.

Estado General del Sistema de Control Interno

Con fundamento en las fortalezas, debilidades que se detallan a continuación y en los avances descritos para cada Módulo, Componentes y Elementos del MECI y los resultados de las Auditorías Internas Combinadas y seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, se concluye que el Sistema de Control Interno del Instituto continúa siendo satisfactorio.

FORTALEZAS

1. Entorno de Control: El Instituto cuenta con Equipo MECI, compromiso claro de la Dirección, identificación de la plataforma estratégica, Comité de Coordinación de Control Interno, Plan de Capacitación, Programa de Inducción, Re Inducción y Programa de Bienestar.

El Instituto cuenta con 4 Políticas Misionales y 4 Políticas de Fortalecimiento Institucional, a saber:

MISIONALES:

Prestación de Servicios
Docencia
Investigación
Salud Pública

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL:

Calidad
Talento Humano
Gestión de la Tecnología
Gestión Ambiental

3. Información y comunicación: Se cuenta con Política y Plan de Comunicaciones, canales de comunicación internos y externos.
4. Comité Desempeño Administrativo: Definió e implementó la Política de Gestión Documental del Instituto.
5. Información interna: Reporte oportuno de Estados e Informes Contables a los usuarios de esta información.
6. Transparencia y Rendición de Cuentas: El Instituto diseñó y ejecutó la Rendición de Cuentas de la vigencia 2016, cumpliendo con las directrices y disposiciones legales sobre el tema.
7. El Instituto cuenta con Sistema Integrado de Gestión Institucional, el cual permite la operación por Procesos.
8. Para la Planeación Estratégica del Instituto se tuvo en cuenta los requerimientos legales y presupuestales así como objetivos y requisitos de los usuarios.
9. El Instituto cuenta con estructura organizacional que define claramente los roles y responsabilidades así como niveles de autoridad.
10. El Instituto cuenta con Política para la Administración y Gestión del Riesgo.
11. El Programa Anual de Auditoria del Instituto 2017 cumple con las directrices y requisitos de norma, validado y aprobado por el Comité de Control Interno.
12. El Instituto avanza en la mejora continua de la Historia Clínica Electrónica.

DEBILIDADES

1. Cultura organizacional: Se requiere fortalecer la difusión entre los servidores del Instituto sobre la Misión, Visión y Objetivos institucionales.
2. El Instituto no registra la totalidad de los datos en el POA, al igual que los indicadores con su respectivo análisis.
3. El Sistema de Evaluación de Desempeño individual del Instituto, requiere optimizar su análisis y resultados, de manera que se favorezca la identificación de oportunidades de mejoramiento reales y productividad de los servidores.
4. El Instituto evidencia indicador con bajo porcentaje de cierre de Acciones de Mejoramiento.

Recomendaciones

- La Oficina de Control Interno, reitera lo mencionado en el informe del cuatrimestre anterior frente a las siguientes recomendaciones, en aras de fortalecer el Sistema de Control Interno y el Modelo Estándar de Control Interno del Instituto y en general el Sistema Integrado de Gestión Institucional:
- Efectuar cierre oportuno de las acciones de mejora que permitan impactar en la calidad del servicio prestado a los pacientes y usuarios del Instituto. Así mismo, adoptar los controles correctivos y preventivos del caso, tendientes a mejorar el indicador de cierre de acciones de mejora y consecuentemente fortalecer el Sistema Integrado de Gestión Institucional.
- Continuar y dar cumplimiento riguroso al Plan de Trabajo de Acreditación con los distintos Grupos Primarios de Autoevaluación, con el fin de lograr la meta sobre el particular.
- Documentar el seguimiento a controles establecidos en los Procesos y Procedimientos.
- Aplicar encuestas y realizar talleres de Autoevaluación que permita evaluar la gestión de cada uno de los procesos del Instituto.
- Realizar revisión y ajuste de los indicadores, considerando su pertinencia y utilidad frente a la toma de decisiones.
- Documentar el registro oportuno de los indicadores, así como su respectivo análisis.
- Disponer de la evidencia documental del ejercicio de identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos.
- Documentar el Plan de Tratamiento a los Riesgos en el Sistema de Información y Apoyo a Procesos (SIAPINC 4), el Plan de Tratamiento a los Riesgos de cada procedimiento.
- Documentar en SIAPINC 4 la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos de cada procedimiento.
- Implementar de manera oportuna las acciones de mejora correctiva definida y las relacionadas con el tratamiento de los riesgos.
- Documentar el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.
- Capacitar y actualizar a los servidores públicos, contratistas y aliados estratégicos, en temas relacionados con la Política de Calidad del Instituto (Misión, Visión y Objetivos de Calidad).
- Publicar en la página web del Instituto la totalidad de información de la Ley 1712 de 2014, Decreto 1081 de 2015 y Resolución 3564 de 2015 de MINTIC, así como actualizarla periódicamente.

- Implementar oportunamente por parte de los responsables y/o líderes de Procesos y Procedimientos, las acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento tendientes al mantenimiento y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional.
- Cumplir con las actividades registradas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2017.
- Fortalecer la estrategia para la sensibilización y empoderamiento del proceso de Acreditación, con el fin de lograr la meta prevista en el Plan de Desarrollo Institucional en esta materia.
- Adoptar estrategias y controles que permitan avanzar de forma eficiente, eficaz y efectiva en el cumplimiento de las metas, objetivos y compromisos previstos en el Plan de Desarrollo Institucional, como en los Planes Operativos Anuales, al igual que armonizarlos con los Acuerdos de Gestión y Evaluación del Desempeño de los servidores públicos del Instituto.
- Adoptar estrategias y controles tendientes a la mejora continua del componente AUTOEVALUACIÓN, entendido este, como el conjunto de elementos de control que al actuar en forma coordinada en su dependencia y las demás del Instituto, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por el Instituto
- Adoptar estrategias y controles tendientes a la mejora continua del componente AUTOEVALUACION DEL CONTROL, entendido este como el elemento de control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.
- Adoptar estrategias y controles tendientes a la mejora continua del componente AUTOEVALUACION A LA GESTION, entendido este como el elemento de control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes, Programas y en los Procesos del Instituto, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos, e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos oportunos hacia el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos institucionales.
- Estructurar Plan de Mejoramiento con el propósito de avanzar y optimizar los resultados frente a cada una de las políticas evaluadas mediante el Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión (FURAG).
- Avanzar con la diligencia, prioridad, oportunidad y urgencia que demanda la ejecución del Plan de Trabajo resultante de la visita de verificación de requisitos de Habilitación realizada por la Secretaría de Salud de Bogotá durante los meses de febrero y marzo de 2017.
- Avanzar con el Plan de Trabajo de Acreditación, con el fin de cumplir con la meta prevista en el Plan de Desarrollo Institucional sobre el particular.
- Avanzar hacia la cultura del Control Preventivo, lo cual implica orientar el trabajo y acciones tendientes a prevenir o evitar problemas previstos, es tomar precauciones o medidas por adelantado para evitar daños, errores, riesgos y peligros.

- Estructurar Plan de Trabajo para la implementación en el Instituto del Sistema de Gestión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).



BUENAVENTURA ORDUY BURGOS

Jefe Oficina Control Interno