	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSI-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 1 de 13</b>

<b>Fecha Informe:</b>	16 de octubre de 2018	<b>Fecha de seguimiento</b>	1ª 27 de septiembre de 2018
<b>Proceso/Procedimiento auditado:</b>	Los Procesos: Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión del Instituto.		
<b>Objetivo general del seguimiento:</b>	Realizar seguimiento a los controles definidos para los riesgos y evaluar su efectividad para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos		
<b>Alcance del seguimiento:</b>	Evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, determinados como: Extremos y Altos, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo mayo- agosto de 2018.		
<b>Criterios:</b>	Resolución 0660 del 04 de julio de 2017 por medio del cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto. Guía para la Administración del Riesgo versión 3 del Departamento Administrativo de la Función Pública. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, e Instructivo para realizar seguimientos de la Oficina de Control Interno GSI-P10-I-02, numeral 4 seguimientos a la implementación y efectividad de la Gestión del Riesgo del Instituto. Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 reglamentario del sector de la Función Pública, numeral 2.4 Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, a cargo de la Oficina de Control Interno.		
<b>Metodología empleada:</b>	Consulta en el Módulo de Planes de Mejora de Riesgos por Proceso de SIAPINC4. Mapa de Riesgos por Proceso. Agendamiento con Líderes de Procesos. Visitas, verificación de registros y entrevista con los responsables del control de los riesgos.		
<b>Responsable del seguimiento:</b>	Isabel Herrera Rodríguez, Profesional Especializado Oficina de Control Interno.		


## HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones y rol frente a la Evaluación de la Gestión del Riesgo presenta a continuación el resultado del seguimiento realizado sobre los riesgos de los 14 Procesos, así:

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
<b>Página 2 de 13</b>			

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional		Direccionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R3	Possibilidad de condenas en demandas derivadas de la prestación del servicio del INC	1. Fallos en la prestación del servicio. 1. Inseguridad Jurídica (Cambio constantes normativos y jurisprudenciales).	REDUCIR EL RIESGO	Protocolos institucionales y guías de manejo. Guías practica clínica segura - paquetes instruccionales contemplado por el programa de seguridad del paciente. Seguimiento a las políticas de calidad, ambiental, Talento humano y gestión de la tecnología..	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: De las cinco guías programadas para implementación y seguimiento se han realizado dos mediciones registradas en el indicador del Sistema de Información SIAPINC así: Adherencia a las guías de práctica clínica de cáncer de mama es del 79% y adherencia a las guías de práctica clínica de cáncer de cuello uterino es del 93% a nivel global se cuenta con el cumplimiento de adherencia de 83%.</p> <p>En relación con los protocolos de manejo, se dio inicio a la definición de la metodología de evaluación que se realizará la Oficina de Guías y Protocolos, la implementación está programada para la vigencia 2019.</p> <p>En cuanto a paquetes instruccionales se determinó el liderazgo por paquete; a la fecha de este seguimiento se realizó inventario definido en 19 paquetes adicionales a los programas, de tecnovigilancia, farmacovigilancia y biotvigilancia.</p> <p>En la implementación los siguiente paquetes presentan adelanta considerable: Instrucciones en caídas, úlceras por presión, identificación demuestra de laboratorio clínico, infecciones, procedimientos quirúrgicos seguros, manejo de hemocomponentes, correcta identificación de pacientes, egreso de pacientes).</p> <p>En resultados; se observan indicadores de eventos adversos, caídas, infecciones, úlceras por presión, errores en la medicación, consentimiento informado, errores de identificación en el laboratorio, extravasación.</p> <p>En cuanto a la evaluación de políticas se realiza la medición una vez al año en el presente año no se ha medido</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles definidos para abordar las causas raíz y reducir el riesgo aún no están implementados en su totalidad impidiendo realizar la evaluación de la efectividad del control para reducir el riesgo.</p>
R4	Incumplimiento de la normatividad general aplicada a la Institución por entes reguladores. (Habilitación, Certificaciones de Buenas Prácticas (INVIMA), derechos laborales, entre otras).	1. Desconocimiento 2. No aplicación de normatividad 3. No reporte oportuno 4. Omisión. Cambios de la normatividad.	REDUCIR EL RIESGO	Auditoría internas y Autoevaluaciones. Cumplimiento de normatividad de habilitación/ reportes oportuno de hallazgos, eventos adversos o incumplimientos. Capacitación permanente de las normas actuales y cambios normativos aplicadas a la institución..	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Se desarrollaron las Auditorías Internas, Autoevaluación de Habilitación (avance de obras), Buenas Prácticas (Banco de Sangre, Radio Farmacia, Central de Mezclas, Gases Medicinales).</p> <p>En reporte de eventos adversos se está registrando indicador en SIAPINC E-tasa global del evento adverso, día no conformidades.</p> <p>No se evidenció registro y control de capacitación permanente de las normas actuales y cambios normativos aplicados a la institución.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles determinados para abordar las causas raíz y reducir el riesgo están parcialmente implementados impidiendo de esta manera realizar el análisis y evaluación de la efectividad del control para reducir el riesgo.</p>
R6	No lograr el mejoramiento continuo de la Calidad de la Atención en Salud	1. Bajo Nivel de empoderamiento de los líderes de los procesos con el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad Institucional 2. Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la Gestión) e insuficiente evaluación de la gestión institucional 3. Falta de adherencia a lineamientos Institucionales 4. Incumplimiento en los requisitos mínimos de calidad del Sistema Único de Habilitación 5. Falta de adherencia a prácticas seguras de atención del paciente 6. Falta de cumplimiento de los planes y acciones de mejoramiento institucional 7. Sistema de información integrado de difícil uso para monitorear los procesos organizacionales...	REDUCIR EL RIESGO	Política de Calidad. Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud. Autoevaluaciones de control de condiciones de habilitación.	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Se desarrolló Autoevaluación de Acreditación; Auditoría de Historias Clínicas; Actualización Mapa de Riesgos por Proceso; Se está realizando ciclo de cierre de la Autoevaluación de Acreditación 2017- 2018, se ejecutó la Autoevaluación de Habilitación. En mejoramiento continuo se adicionaron indicadores de acuerdo con lineamientos del TUCI (Tablero Único de Control Indicador), con el propósito de fortalecer los controles de los Procesos.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que revisados los controles definidos para abordar las causas de los riesgos, que estos no son suficientes para impactar las causas raíz y así reducir la materialización del riesgo.</p>


NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Diagnóstico y Estadificación		Prestar servicios de Diagnóstico y Estadificación a los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE con oportunidad y seguridad; apoyando las políticas de investigación, docencia y asesoría cuando sea requerido.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R2	Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología.	1. No cumplimiento del paquete instruccional de identificación de las muestras por parte del personal de enfermería. 2. Falta de automatización en la marcación e identificación de las muestras en el servicio de radiología y patología. 3. No adherencia al procedimiento de traslado de muestras. 4. Sobrecarga laboral, rotación personal nuevo distracción del personal, rutina en la ejecución de actividades que genere exceso de confianza y produzca el error. 1. Suplantación de identificación. .	REDUCIR EL RIESGO	Ejecución de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras de laboratorio. Etapa de implementación de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Patología y Radiología). Paquete instruccional de identificación de muestras..	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Se revisó y actualizó el riesgo del Proceso: "R2 Falta en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología". Aunque cambia de zona extrema a zona alta o mayor.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye: (1) El registro de información para la evaluación de la efectividad del control está en proceso de implementación y (2) Los controles no son suficientes ni pertinentes para abordar las causas raíz y así poder reducir el riesgo.</p>

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-IP10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
		<b>Página 3 de 13</b>	

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO							
Unidades Funcionales de Tratamiento		Gestionar los procedimientos asistenciales inherentes a la atención del paciente oncológico en forma oportuna, eficiente e integral							
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN		SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO							
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS									
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Contaminación microbiológica de los alimentos o de los productos en general usados en nutrición.	1. Mala manipulación en la preparación de los alimentos. (Desde que ingresan las materias primas hasta que son ofertadas al consumidor final). 1. Los productos de uso nutricional que son envasados pueden estar alterados desde su producción en fabrica hasta la colocación en el INC pasando por el transporte y el almacenamiento en el INC .	REDUCIR EL RIESGO	Numero	1. El instituto ha determinado una interventoría diaria sobre el proceso de preparación de alimentos. 2. Procedimiento recepción de los productos.. Realización directa de la preparación de los alimentos.. Comunicaciones de los usuarios a través de la encuesta de satisfacción..				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R4	Prestar un servicio asistencial sin identificación, prevención y mitigación de aquellos riesgos de seguridad del paciente que pueden ser prevenibles o evitables.	1. No existencia de guía de practicas seguras y socialización de las mismas. 2. Exceso de confianza al aplica los procedimientos o actividades propias del que hacer diario. 3. No adherencia de los protocolos de atención al paciente (Lavado de manos, asepsia y antisepsia de heridas, colocación inadecuada de cateter, entre otros). 4. Supervisión insuficiente del acto medico de los estudiantes en práctica por parte del docente. 7. Inadecuada y poco tiempo de aplicación del proceso de inducción y reinducción de la institución y del puesto de trabajo. 8. Ausencia de alertas situacionales an actividades propias de la función en cada puesto de trabajo. 9. Deficiente mantenimiento e inducción en el manejo de equipos biomédicos. 10. Deficiente supervisión de la preparación adecuada del paciente quirúrgico.. 1. Condiciones propias del paciente y la familia (Cultura, creencias, idioma, entre otras) que generen deficiente adherencia al seguimiento de instrucciones..	REDUCIR EL RIESGO	Porcentaje	1. Programa de seguridad del paciente, donde se establece la aplicación del protocolo de londres como estrategia metodológica. 2. Comité de Seguridad del Paciente.. Definición e Implementación de las guías de practicas seguras(Paquetes instruccionales #22). Mediciones por indicadores.				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R5	Baja adherencia a procesos, protocolos y guías institucionales y poco sentido de pertenencia por parte del personal de enfermería	1. Alta rotación de personal 2. Inadecuada y poco tiempo de aplicación del proceso de inducción y reinducción de la institución y del puesto de trabajo. 3. Acompañamiento y seguimiento insuficiente al personal. 4. Falta de reconocimiento e incentivos laborales. 5. Falta de estabilidad en un puesto de trabajo. 6. Inequidad salarial y en los beneficios.. 1. Salarios mas altos en el mercado laboral..	REDUCIR EL RIESGO	Porcentaje	Comité de enfermería. 1. Proyecto de aprendizaje en equipo. 2. Plan de contingencia para cubrir los servicios ante la ausencia del personal (Listas de planeación del cubrimiento de turnos en los servicios). Entrega y recibo de turno.				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R6	Pérdida de especimen anatomopatológico.	1. No aplicación de procedimiento de recepción, manejo, almacenamiento y entrega de muestras. 2. No adecuada entrega de turno. 3. Conservación y almacenamiento inadecuado. 4. Retención de muestras para observación con fines academicos que retrasan la entrega de la misma a patología, que puede conllevar a la rotulación de identificación de muestra no oportuna..	REDUCIR EL RIESGO	Porcentaje	Procedimiento documentado (Recepcion, almacenamiento traslado de muestras.). Lista de chequeo de salida del paciente..				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R7	Realizar procedimiento quirúrgico, sitio o paciente equivocado.	1. No aplicación de barreras de identificación. 2. Aplicación incorrecta de listas de chequeo antes, durante y después del operatorio. 3. No realizar paradas de seguridad establecidas. 4. No marcación del sitio operatorio..	REDUCIR EL RIESGO	Numero	listas de chequeo antes, durante y despues.. Parada de seguridad antes y durante( cirugía prolongada). Procedimiento de marcación de sitio operatorio/ tablero de identificación de paciente por sala de cirugía.				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R8	Incidentes relacionados con cuerpos extraños o instrumentos dejados en área quirúrgica. (Presencia de oblitos)	1. Mala cuantificación de material quirúrgico al terminar la cirugía. (Recuento) .	REDUCIR EL RIESGO	Numero	Procedimiento documentado (conteo de elementos quirúrgicos). Tablero de control por sala de cirugía..				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.
R9	No garantizar la dosis prescrita.	1. Errores en: Instalación inicial de los equipos Aceptación y puesta en servicio Mantenimiento de los equipos Registro del paciente Intención terapéutica Ejecución quirúrgica del implante Localización y reconstrucción geométrica Planificación y optimización dosimétrica registro de transferencia de resultados Ejecución del tratamiento..	EVITAR EL RIESGO	Porcentaje.	Verificación dosimétrica de los equipos de tratamiento, y verificación de la actividad de las fuentes radioactivas.. Revisión continua del procedimiento o del plan de tratamiento de radioterapia (Consulta, junta médica, simulación, verificación de placas, planeación, evaluación del plan, inicio de tratamiento, seguimiento del tratamiento diario y seguimiento de la evolución del paciente).. Experticia del recurso humano.				La Oficina de Control interno registra que no fue posible realizar el seguimiento por cuanto el Lider del Proceso canceló en 3 oportunidades la agenda prevista para tal fin.

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSÍ-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
	<b>Página 4 de 13</b>		

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO			
Gestión Apoyo Clínico		Realizar oportuna y eficientemente la prestación de servicios de salud de acuerdo con las rutas de atención del paciente con cáncer.			
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN					
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Caida del paciente durante el proceso de atención	Identificación inadecuada del riesgo de caída ( falta de adherencia a la actividad para identificar el riesgo de caída). . Aumento en la demanda del servicio con mayor número de pacientes que solicitan la atención.	REDUCIR EL RIESGO	Escala de valoración del riesgo . Inducción y reintroducción al personal para reforzar conceptos para prevención de caídas. Rondas de seguridad .	X La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Para el control "escala de valoración del riesgo" se monitorea con el análisis e indicador tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización y que este se ha mantenido constante dentro de los límites. Con el registro de información en el formato GSI-P02-F38 Evaluación del registro de notas de enfermería y escalas de valoración del riesgo que incluye escalas J. Donwton "Caidas" realizado en forma mensual y consolidado en el GSI-P02-F33 Consolidado de evaluaciones adherencia a escalas y notas de enfermería el resultado se socializa y se retroalimenta. Con caída de pacientes identificado con rotulo y manilla de riesgo desde julio de 2018 se implementó un control de oportunidad en la identificación del paciente con rotulo y manilla de riesgo a ingreso hospitalario. Se realizan rondas interdisciplinarias dos veces por semana (12) rondas interdisciplinarias a la fecha se tiene como piloto y dependiendo de los resultados se implementara para coadyuvar en decisiones en favor de seguridad del paciente. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y controlar el riesgo.
R4	Dispensación errónea de medicamentos	Falta de adherencia a los protocolos institucionales para la dispensación de medicamentos. Evento medioambiental ( inundaciones) que genere interrupción en el proceso de dispensación .	EVITAR EL RIESGO	Perfil farmacoterapeutico . Validación de prescripción . Auditoria interna .	X La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: El riesgo como tal está siendo medido con el indicador: "índice de errores de medicación" nutrido con varios procedimientos; Perfil farmacoterapeutico es para hospitalizados y ambulatorios. Con respecto a la Auditoria Interna se realiza al Aliado Estratégico cada mes. así mismo se realiza auditoria internamente respaldado con los respectivos informes. El resultado es el mejoramiento continuo de las actividades para evitar el riesgo. Realizado el análisis del indicador del periodo mayo- julio de 2018, se observa que las causas de la dispensación errónea son: "olvido, desabastecimiento del producto a nivel nacional; en el momento se han tomado los correctivos". En este contexto, la oficina de control interno concluye que los controles definidos abordan algunas causas raíz son pertinentes pero no suficientes para evitar el riesgo.
R5	Infecciones intrahospitalarias	Falta de adherencia en la aplicación del protocolo de lavado de manos / Infraestructura hospitalaria / Deficiencias en el mantenimiento de la infraestructura / sobreocupación.	REDUCIR EL RIESGO	Estrategia lavado de manos . Auditoria interna . Programa de vigilancia y control de antimicrobianos .	X La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: En el periodo objeto del seguimiento se realizó el mundial del lavado de manos para evaluar la adherencia del lavado de manos, el resultado no fue efectivo, actualmente se está realizando la adherencia a la estrategia por especialidad incluyendo socialización, retroalimentación y evaluación mensual, no se evidencia registros de Control Auditoria Interna. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los resultados de los controles no son efectivos de igual forma no se evidencia documentado en los riesgos del Proceso la causa y controles en el manejo infecciones del sitio operatorio, sin embargo en la práctica existe el control "la parada de seguridad, lista de chequeo y profilaxis antibiótico.
R7	Pérdida de medicamentos de alto costo	Hurto de medicamentos de alto costo por parte de funcionarios de la entidad . Motivaciones personales no justificadas de los funcionarios y/o personas externas a la entidad .	REDUCIR EL RIESGO	Custodia permanente del medicamento en la farmacia / entrega en unidosis y preparado. Maración del medicamento para uso institucional. Entrega del sobrante o envase utilizado con el medicamento a la farmacia por parte de enfermería .	X La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Este riesgo es compartido con el aliado estratégico, ( farmacia , enfermería), la custodia está a cargo del operador con manejo de inventario y gestionado en el Sistema de Información en SAP; la entrega de unidosis y preparado se controla con el inventario respectivo en el Sistema de Información SAP, el control maración del medicamento para uso institucional no implementado no se utiliza por los costos generados y los laboratorios no lo asumen; el control entrega de sobrante o envase utilizado con el medicamento a la farmacia por parte de enfermería por norma no se puede implementar. En este contexto, la Oficina de Control Interno Concluye que los controles han sido efectivos.
R8	Pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización	Falta de adherencia al procedimiento interno para la recepción y entrega del instrumental . Aumento en la demanda del instrumental .	EVITAR EL RIESGO	Actividad documentada . Seguimiento continuo al inventario. Auditoria interna .	X La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: El inventario del área estéril reflejado en el sistema, controlado con el registro de información en el GAC-P15-F07 Control de entrega y recepción de instrumental. medido con el indicador pérdida de instrumental en la central de esterilización. En el periodo de seguimiento se observa que no se materializó el riesgo a pesar de los traslados de sitio por actividades de obras de infraestructura. Por Auditoria Interna no se evidencian informes, a cambio se observa bitácora en libro de novedades con seguimiento. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes, pertinentes y abordan las causas raíz para evitar el riesgo.


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 5 de 13</b>

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Docencia		Formular y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Generación de daño al paciente por parte de los estudiantes, residentes o especialistas en entrenamiento	Ausencia de supervisión del personal en formación por parte de los docentes del INC . Déficit en los conocimientos y habilidades de base que deben ser adquiridas previo al ingreso al INC .	REDUCIR EL RIESGO	Supervisión. Delegación progresiva de actividades. Programa de seguridad del paciente .	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Debido que la actualización de la matriz de riesgos del Proceso se realizó en agosto de 2018, el inicio de ejecución de actividades y registro de datos está programado para el último trimestre de 2018, sin embargo la líder del Proceso manifestó a este seguimiento que a la fecha no se han reportado eventos adversos o demandas relacionadas con los estudiantes y/o residentes.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que para poder evaluar la efectividad de los controles se requiere de tiempo prudencial para registro y análisis de información.</p>
R4	Enviar inoportunamente las calificaciones de los estudiantes a las IES	Ausencia de directrices internas claras sobre el tema. Desconocimiento de los reglamentos estudiantiles. Falta de adherencia los procedimientos institucionales. Falta de seguimiento y mediciones a los tiempos de entrega de notas. Demoras en la entrega de las notas a las IES .	REDUCIR EL RIESGO	Envío previo del formato a los docentes. Comunicación de las IES solicitando las notas. .	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>La actualización de los riesgos se realizó en agosto de 2018, se evidencia que las actividades están en ejecución y la medición en proceso de validación y ajuste.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que la evaluación y efectividad de los controles asociados a los riesgos queda pendiente para los próximos seguimientos</p>
R7	No realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC	Módulos extensos en la inducción virtual Falta de controles en la plataforma para asegurar la revisión y aprobación de todos los módulos Ausencia de la información previa de los estudiantes para la programación de la inducción. Incidencias con la plataforma de inducción virtual del proveedor del servicio Dificultades de los estudiantes para el acceso a la plataforma.	REDUCIR EL RIESGO	Reporte del proveedor sobre la aprobación de los módulos. Comunicación con los estudiantes sobre la inducción . .	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Informe mensual por los meses de junio, julio y agosto de 2018, del campus virtual de docencia el cual se notifica al Instituto la gestión de los módulos de inducción virtual a los estudiantes y el de aprobación de los módulos; con respecto a la comunicación se evidencia correos electrónicos informado al estudiante el usuario y contraseña para ingresar para ingresar al aplicativo hacer el curso y presentar el examen; en razón a que el proceso inició hace tres meses.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que la información está en proceso de registro y en consecuencia el seguimiento sobre la efectividad de los controles se realizará en los periodos subsiguientes.</p>


NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Investigación		Generar o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las líneas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS			SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
R1	Demora en los cierres de los proyectos de investigación	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento a los cronogramas por el grupo de monitoria. Comité de Etica. Reunión de seguimiento presupuestal de proyectos..	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Los controles se mantienen así el seguimiento evidencie que los controles no han sido efectivos, debido a que no se logra reducir el riesgo actualmente el Instituto cuenta con 120 proyectos en curso; a cierre del primer trimestre de 2018 el indicador GSI IND 33E-E- Porcentaje de estudios de investigación cerrados, registra un (1) proyecto cerrado de ocho (8) programados para cierre y a cierre de segundo trimestre de los 12 proyectos programados para cierre se cerraron 4 equivalente al 33%. Cabe anotar que respecto al periodo anterior se adicionó el control presupuestal (Se realiza reunión de seguimiento presupuestal) al que está pendiente la medición, de acuerdo con el análisis de los controles.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles no son suficientes para intervenir las causas raíz y reducir el riesgo.</p>	

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
	<b>Página 6 de 13</b>		

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO					
Salud Pública		Diseñar, desarrollar e implementar acciones en control del riesgo, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y vigilancia epidemiológica para el control del cáncer en Colombia.					
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>							
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO		
R2	Falta de recursos financieros para el diseño y la ejecución de acciones, programas y proyectos	REDUCIR EL RIESGO	Evaluación y seguimiento financiero de Programas y Proyectos. Evaluación y seguimiento del POA .	X	La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Como resultado de la entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control, se concluye que los controles definidos para reducir el riesgo no son pertinentes, ni suficientes..		
NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO					
Gestión de Archivo y Documental		Controlar las actividades administrativas y técnicas de la gestión documental cumpliendo con los parámetros legales y de oportunidad, para asegurar la custodia física y funcional de los documentos sin alterar su contenido.					
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>							
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	PERFIL DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo	48	1. No se asigna la debida responsabilidad a las personas que requieren de la información contenida en los registros o expedientes relacionada con la conservación adecuada y la devolución de los registros entregados en préstamo. 2. Extracción indebida y/o robo de expedientes o registros entregados en calidad de préstamo. 3. No se identifica ni se conserva memoria de los registros o expedientes entregados en préstamo 4. Falta de seguimiento para la recuperación de los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo..	REDUCIR EL RIESGO	vitacora (libro) - prestamos de Historia Clínica ocasional y formato GAD-P01-F-04 (Solicitud y control de préstamo de historias clínicas para otros grupo) Formato GAD-P01-F-06 (Solicitud y control de préstamos de historia clínica para consulta externa) y Formato GAD P01-F-13 (Solicitud y control de préstamo de documentos). Auditoría de verificación de cumplimiento de los formatos para préstamos de documentos.. Tarjeta de reemplazo de préstamo de historias clínicas identificadas con colores diferentes según el tiempo de retiro del documento o expedientes..	X	La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Semanalmente se realiza Auditoría Interna, precisando que el alcance de tales auditorías permite hacer seguimiento a los controles del riesgo: "Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo". El producto de las auditorías son los respectivos informes.  En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y pertinentes e intervienen las causas para reducir el riesgo.
NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO					
Gestión de la Tecnología		Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnología Biomédica, Tecnología de la Información y la Comunicación (TICS) de acuerdo con las necesidades institucionales; con oportunidad, disponibilidad y eficacia que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.					
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>							
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	
R5	Pérdida de información Institucional (Sistemas)	1. Virus 2. Borrado involuntario 3. Fallas en la Base de Datos 4. Falta de socialización en temas de seguridad de la información 5. Daño físico 6. Falta en la lectura del Backup 7. Accesos no autorizados. 1. Ataques informáticos 2. Ingreso de equipos externos a la red que puedan vulnerar la seguridad de la información 3. Alteración o robo de información por suplantación	REDUCIR EL RIESGO	Política / Manual de política de seguridad informática / Centro de recuperación de desastres para sistema de misión Crítica SAP-. Estrategia de Backups / Herramientas para ejecución / Administradores de seguridad (antivirus, seguridad perimetral, antispam, firewall, UTM, servidor de dominio)	X	La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: La Matriz de Riesgos del Proceso Gestión de la Tecnología actualizada, se verificó contenido de las acciones a realizar para abordar las causas raíz del riesgo en el Plan de Gestión de Seguridad y Privacidad de la información 2018 -2019, el control para el cumplimiento del mismo, es el cronograma del citado Plan.  En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que son suficientes, pertinentes para abordar las causas raíz para reducir el riesgo.	
R11	Daño de equipos originados por el uso o condiciones físicas inadecuadas.	1. Aplicación inadecuada de procedimientos de uso de equipos. 2. Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección. 3. Deficit de capacitación en sitio de trabajo para equipos sensibles. 4. Deficiencias en el proceso de inducción. 5. Alta rotación de personal en áreas, falta de comunicación oportuna de personal nuevo para capacitar. 6. Falta de sentido de pertenencia y desuido de los funcionarios. 7. Inestabilidad en las condiciones eléctricas (Picos de voltaje). 8. Manipulación insegura de los equipos durante los mantenimientos preventivos o correctivos tanto de personal interno como externo. ..	REDUCIR EL RIESGO	Capacitación a todos los niveles (Todos los funcionarios que intervienen en el proceso). Identificación de fallas o situaciones inseguras a través de Rutinas de verificación y de capacitación.. Creación de carpeta compartida, para consulta de instrucciones de manejo básico de equipos y el protocolo de mantenimiento Manual de limpieza y desinfección de equipos actualizado. (GHA-P03-M-03)..	X	La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: En cronograma de rutinas de verificación en POA, se registra indicador denominado, Porcentaje de cumplimiento de las rutinas de mantenimiento, mostrando comportamiento progresivo; se observan registros de información en formato GTE-P03-F-14 verificación diaria de Equipos Biomédicos y de apoyo en salas de cirugía y GTE- P03-F-15, rutina de verificación tecnología biomédica; adicionalmente se participa en la jornada de inducción y reinducción. Respecto del control "Creación de carpeta compartida, para consulta de instrucciones de manejo básico de equipos y el protocolo de mantenimiento", se está ajustando la denominación de los controles. El "Manual de limpieza y desinfección de equipos actualizado. (GHA-P03-M-03)", se definió como un control para reducir el riesgo. No se evidenció control para impactar la causa "Falta el control para "Inestabilidad de condiciones eléctricas (picos altos de Voltaje)".  En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que en razón a la reciente actualización del Mapa de Riesgos aún no ha terminado la implementación de los controles asociados a los riesgos, razón por la cual no fue posible realizar la evaluación de los mismos.	


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 7 de 13</b>

Gestión y Desarrollo Del Talento Humano		#1 VALOR!		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN				
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO				
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Posibilidad de una responsabilidad solidaria, frente al posible incumplimiento de sus obligaciones laborales, de las empresas tercerizadas con sus trabajadores que prestan servicios en el INC	Falta de una planta propia suficiente para el desempeño institucional que nos obliga a contratar con empresas tercerizadas estos servicios lo que genera riesgo de solidaridad frente al incumplimiento de las obligaciones laborales por parte de estas empresas. Incumplimiento de las obligaciones económicas por parte de las empresas tercerizadas que prestan servicios en el INC, durante y posterior a la vigencia del contrato.	EVITAR EL RIESGO	En los estudios previos de los diferentes tipos de invitaciones se incluyeron todas las exigencias de las obligaciones laborales incluidos seguridad y salud en el trabajo, Art. Salud, Pensión, esto se perfecciona en el contrato. Consagración en el contrato como una obligación del contratista a las obligaciones laborales con sus empleados. Supervisión Administrativa en el cual para el trámite del pago de las facturas se debe entregar como documento anexo el pago de la seguridad social y la revisión mensual de las prenomas de sus empleados. Lo anterior solo se realiza cuando la supervisión técnica esta en talento humano.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Control N° 1. Dentro de los estudios previos se incluye todas las exigencias de las obligaciones laborales incluidos seguridad y salud en el trabajo, ARTL, Salud, Pensión al igual que los requisitos técnicos habilitantes. Se evidencian estudios previos con el cumplimiento del control como soportes de los contratos.</p> <p>Control N° 2 Se evidencia dentro del contrato obligación del contratista frente a sus empleados en temas laborales, evidenciándose póliza que ampara el pago de salarios y prestaciones sociales.</p> <p>Control N° 3 La Supervisión Administrativa realiza verificación de la factura con el soporte de pago el cual se anexa en el informe de supervisión. Para el trámite del pago se debe entregar como documento anexo el pago de la seguridad social y la revisión mensual de las prenomas de sus empleados. Lo anterior solo se realiza cuando la Supervisión Técnica la realiza Talento Humano.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.</p>
R2	Manipulación de la nómina (Planta y supernumerarios) y ordenes de pago en favor propio o de un tercero (Riesgo de corrupción)	Alteración de la nómina para beneficio propio o de un tercero. Falta de controles en la liquidación de las nóminas externas (tercerizado).	ASUMIR EL RIESGO	Sistema de liquidación de nómina integrado con el sistema financiero del instituto. El sistema esta parametrizado de tal manera que no genera liquidaciones sin cumplimiento de los requisitos. Se genera una preliquidación de nómina, y se levanta acta de aprobación de prenomina.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Control N°: 1 El módulo SAP de HCM está integrado con el módulo de FI de SAP vigilado control y perfil.</p> <p>Control N°: 2 El Sistema de Información SAP está parametrizado con la normativa del Instituto.</p> <p>Control N°3: Actividad que realizan el técnico de nóminas y el Coordinador del Grupo de Planificación del Talento Humano generando como mecanismo de control aleatorio, Acta Institucional con el registro de las respectivas observaciones.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.</p>
R3	Que el evaluador no concerte compromisos dentro de los términos establecidos en la ley a los funcionarios de carrera administrativa o dentro de los parámetros establecidos en la norma.	Porque la concertación de compromisos y la evaluación se ven como una carga adicional y no como una herramienta de gestión.	COMPARTIR O TRANSFERIR	A través del Grupo de Ciclo de Vida laboral se entregan las herramientas (para realizar la evaluación y se hace acompañamiento). Se generan oficios a todos los calificadores para el cumplimiento de la evaluación. Se envía listado a la Dirección General para que los comprometa a cumplir con la evaluación.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Cada año, en enero se realiza y socializa Circular para Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Coordinadores de Grupo Área y Grupo comunicando los criterios para concertación de objetivos y evaluación para funcionarios en nombramiento provisional, planta temporal y funcionarios en carrera la evaluación periódica de los funcionarios inscritos en carrera.</p> <p>En caso de no cumplimiento se notifica a los calificadores por correo electrónico.</p> <p>Se envía listado a la Dirección General para que se adopten las medidas administrativas. En el presente año se envió consolidado: Evaluación 2017 y concertación de objetivos 2018.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.</p>
R4	Ingreso de personal que presta servicios de contratos de obra civil y mantenimiento en donde el área de talento humano no ejerce funciones de supervisión administrativa, para exigir el cumplimiento de las normas relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo	Falta de control de los supervisores de los aliados estratégicos diferentes a los que están bajo la Supervisión de talento humano.	ASUMIR EL RIESGO	Manual de contratistas. En los estudios previos de los diferentes tipos de invitaciones se incluyeron los requisitos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se está generando el procedimiento de accesibilidad e ingreso al instituto Autorización mediante correo electrónico previa verificación de requisitos.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Control N°: 1 Se cuenta con Manual de Contratistas y lista de chequeo para cumplimiento de los contratistas en relación con el envío de la documentación soporte, ante lo cual se firma por el Representante del contratista y Coordinador del Grupo de SST.</p> <p>Control N° 2 Dentro de los requisitos habilitantes está el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, afiliación a ARL, EPS y clasificación de acuerdo con el riesgo.</p> <p>Control N° 3 Se envía correo electrónico a la Coordinadora de Gestión Ambiental y Coordinador de la Empresa de Seguridad para autorizar el ingreso del contratista al Instituto.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.</p>
R5	Instalaciones físicas no adecuadas para almacenamiento y archivo de las historias laborales y ocupacionales	Espacio físico inadecuado.	ASUMIR EL RIESGO	Las historias laborales están digitalizadas y se conservan en el archivo físico. Se cuenta con un médico con licencia en salud ocupacional que realiza la custodia y se cuenta con procedimiento de manejo y consulta de las historias ocupacionales de acuerdo a la normatividad vigente. 1. Hoja de control de préstamo (Documento controlado) 2. Consentimiento informado de consulta de Historia.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Control N° 1. Las historias laborales están digitalizadas hace 2 años y se conservan en su totalidad en archivo físico. En cuanto a las restantes, se realizará Plan de Digitalización.</p> <p>Control N° 2 Se evidencia implementación del registro de información por préstamo de documento.</p> <p>Control N° 3 Se continúa con la digitalización de historias ocupacionales, a la fecha el avance es de 70%, se cuenta con Procedimiento actualizado y hoja de control, con proveedor SHAMA salud ocupacional contrato 324 de 2017 con vigencia 31 de mayo y contrato 018 de 2018 que inició el 1° de junio de 2018. Control N° 4 Se maneja el consentimiento informado tanto de consulta como de envío de las historias ocupacionales por parte del funcionario. Para diciembre de 2018 se contará con un espacio adecuado para el archivo de historias laborales y ocupacionales garantizando los procedimientos de guarda y custodia en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo con acceso restringido.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.</p>


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>		<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>		<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>		<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
	<b>Página 8 de 13</b>			

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Gestión Hotelera y Ambiental		Planificar y controlar las actividades relacionadas con obras nuevas, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión ambiental y los servicios de soporte hotelero de manera eficiente.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Generar impactos negativos en el Medio Ambiente que ocasionan sanciones al INC por incumplimiento de los requisitos legales aplicable	Falta de articulación entre grupo área de Contratación y la dependencia de Gestión Ambiental. Cambios en la Normatividad vigente.	EVITAR EL RIESGO	Aplicar el GHA-P02-M-02 Plan Institucional de Gestión Ambiental. Aplicar GHA-P03-M-01 Manual de Ruta Sanitaria del INC. Elaboración de la Matriz de requisitos legales ambientales aplicables al INC.	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista al líder del Proceso, quien manifestó:</p> <p>Que en actas en físico No. AI-1801480, del julio 23 de 2018, AI 18-01808, la realización del comité mensual de Gestión Ambiental; en medio físico se observó con fecha 18 de julio de 2018 el informe trimestral de vertimientos en cumplimiento a la norma de vertimientos; también se evidenció informe con la medición del aire (socioquímico anual cumpliendo con los parámetros establecidos en la norma, informe entregado a la secretaría distrital del medio ambiente radicado el 29 de junio de 2018; se observa cumplimiento al cronograma de fumigación periódica (cada bimestre con refuerzo en caso de necesidad).</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes, suficientes para abordar las causas para evitar el riesgo.</p>
R2	Incumplimiento contractual de los proveedores de soporte hotelero (alimentos y dietas, vigilancia, aseo y ropería)	El proveedor no cumple oportunamente con la asignación de actividades establecidas en el contrato. Normatividad vigente en condiciones económicas, financieras y jurídicas.	EVITAR EL RIESGO	Aplicar listas de chequeo por contrato de aliado de soporte hotelero, informes de supervisión de contrato, seguimiento planes de mejoras.	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el líder del Proceso, observándose listas de chequeo mensual debidamente diligenciadas para los servicios de aseo y ropería, vigilancia, alimentos. Se consolidada para registro de POA Trimestralmente. Los informes de interventoría se presentan mensualmente. Se evidencian informes con seguimiento y control del total de las obligaciones contractuales. Con respecto al seguimiento de Planes de Mejora se evidenció que estos se cierran oportunamente en SAIPNC4.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que verificados los controles estos son efectivos suficientes y pertinentes abordando el total de las causas para evitar el riesgo.</p>
R3	Incumplimiento contractual de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura física	El proveedor no cumple oportunamente con la asignación de actividades establecidas en el contrato. Normatividad vigente en condiciones económicas, financieras y jurídicas.	REDUCIR EL RIESGO	informes de supervisión de contrato. A través de la IW21 seguimiento a las órdenes de mantenimiento generadas. Revisión in situ de las actividades realizadas.	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el líder del proceso, evidenciándose valor agregado en los controles con el fortalecimiento de los términos de referencia para la convocatoria. A partir del mes de agosto de 2018, se cambió de proveedor; el contrato incluye aumento de personal, se manejan 3 turnos de 8 horas. La Transacción IW21 registra indicador denominado: Porcentaje de Implementación del Plan Institucional de Mantenimiento Preventivo. A la fecha del presente seguimiento se evidencia mejoría en el indicador como consecuencia del cambio de Proveedor.</p> <p>Respecto del control "Revisión in situ de las actividades realizadas, el responsable manifestó que en el momento de prestar el servicio quien solicita el servicio califica la prestación del mismo diligenciando la encuesta de satisfacción del servicio; los resultados se ingresan a una hoja de Excel luego se genera resumen para registrar la información en los indicadores de SAIPNC. El responsable también manifestó que cuando se trata de mantenimientos especializados como los ascensores, motobombas la visita in situ para verificar la calidad del servicio es realizada por personal experto en la materia.</p> <p>Con respecto al mantenimiento preventivo se realiza cronograma al inicio de año, y sobre este se realiza seguimiento. Se evidenció la realización de actividades e informes periódicos de los contratos de Ascensores, Aires, Puertas Automáticas, Bombas y Plantas Eléctricas.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes y abordan las causas para reducir el riesgo.</p>
R4	Diseños deficientes y/o incompletos, para obras civiles, remodelaciones, adecuaciones	1. No contar con planos actualizados de planta física del Inc. 2. Realización de diseños deficientes debido a no contar con personal técnico experto en el objeto de los diseños solicitados. Desconocimientos de las normas de construcción hospitalaria, no revisión detallada del sitio, falta de estudios técnicos, profesionales sin experiencia técnica, de los proveedores.	REDUCIR EL RIESGO	Informes de supervisión de contrato. . .	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Para el análisis y evaluación de la efectividad de los controles se realizó visita y entrevista a la líder del proceso, quien manifestó a este seguimiento que se contrató la interventoría que cuenta con un residente de obra experto en habilitación, actualmente verifica el estado de las áreas, verifica el cumplimiento de la normatividad frente a las obras, cuando se entregan áreas intervenidas recibimos acompañamiento por un experto de calidad del INC, en este periodo el riesgo se materializó por errores en los diseños de algunas áreas debido a que en el momento de la planeación para los diseños no se realizaron de manera adecuada articulada con las partes interesadas. Por su parte la Oficina de Control Interno sugiere ampliar los controles de manera que impacten la totalidad de las causas identificadas.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles no son suficientes para abordar las causas raíz y reducir el riesgo.</p>
R6	No realizar las obras y mantenimientos institucionales con oportunidad, con impacto en la seguridad a los pacientes y en la validación de requisitos de habilitación.	1. Omitir lo relacionado con reglamento de obras: - Seguridad y salud en el trabajo. - Carreramiento de obras - No ejecución del cronograma - Pagos anticipados sin avance de obra - Recibido de obra de mala calidad 2. Estudios previos elaborados con criterios ajustados a un proveedor especial. El contratista establezca precios del mercado de obra por encima de los valores de referencia y que sean aceptados por parte del supervisor. .	REDUCIR EL RIESGO	Planeación detallada de mantenimientos preventivos y disminución de los correctivos. Inspecciones semanales de condiciones de habilitación en infraestructura con un equipo multidisciplinario para solución in situ. Cronogramas detallados de obras y supervisión permanente de las mismas.	X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó visita y entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Con respecto al primer control periódicamente se realiza un plan anual de los mantenimientos preventivos con seguimiento mensual el producto es un informe periódico y se envía los arquitectos quienes realizan inspecciones en área todos los días acompañados del grupo de interventoría, calidad, y el subdirector administrativo, cada 8 días se presenta informe interno al subdirector donde interventoría presenta avance de obras y cada 15 días informe a Dirección en comité de obras se evidencian actas de comité de avance.</p> <p>Cada 8 días los interventores realizan reuniones de seguimiento a contratos relacionados con todo lo técnico formalizado en acta por contrato, en el periodo de seguimiento se presentó una novedad de atraso se llamó a la aseguradora y la contratista ante esta situación realizó cesión de derechos económicos y de esa manera se controló el riesgo. Respecto a los cronogramas detallados de obra y supervisión de las mismas esta labor la realiza interventoría detectado la desviación o atraso.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles no son suficientes para abordar las causas raíz (no se evidenció control para abordar las causas "Seguridad y salud" en el trabajo y estudios previos elaborados con criterios ajustados a un proveedor especial).</p>



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
	<b>Página 9 de 13</b>		

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO				
Gestión del Gasto		Planear, programar y controlar oportuna y eficazmente los bienes y servicios necesarios para el óptimo funcionamiento y mejoramiento continuo del Instituto Nacional de Cancerología ESE.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	2CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Supervisor de Contrato asignado no tiene las competencias necesarias para evaluar técnica o administrativamente el cumplimiento de los requisitos contractuales</li> <li>2. El Supervisor de Contrato no cumple las funciones y responsabilidades asignadas para ejercer la Supervisión 3. Corrupción y/o fraudes de los funcionarios o contratistas. Información errónea o falsedad por parte de los contratistas.</li> </ol>	<b>EVITAR EL RIESGO</b>	<p>Ejecer las funciones de supervisión o interventoría, bajo lo establecido por la ley 1474 de 2011, la Guía de Colombia Compra Eficiente, Estatuto y Manual de Contratación, con el fin de dotar a los supervisores e interventores de herramientas de conocimiento para realizar una correcta vigilancia y seguimiento a los contratos. Utilizados en el Siapinc y página web. Designar a los supervisores o interventores de acuerdo a la experiencia profesional y de conocimientos propios al bien, servicio u obra que se vaya a ejecutar. Designados contractualmente. Efectuar capacitaciones periódicas a los supervisores designados..</p>		<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el líder del Proceso quien manifestó: El control de las funciones de supervisión, la designación de los interventores y supervisores la realiza el Comité de Gestión Contractual, legalizado en el contrato. El Grupo de Contratos notifica al supervisor o interventor designado el contrato y las normas a tener en cuenta cada uno es responsable de ejercer las funciones. Respecto de las capacitaciones periódicas en lo corrido de la vigencia se han realizado a supervisores e interventores en enero y junio de 2018, se evidencia lista de asistencia; para noviembre -diciembre de 2018 está programado el tema de estudios previos. En el periodo de seguimiento no se ha materializado el riesgo.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y pertinentes e impactan las causas raíz para evitar el riesgo.</p>
R3	Errores y/o inconsistencias en el plan de necesidades y plan anual de adquisiciones del INC. Sobreestimación o subestimación de las necesidades de insumos de las dependencias, que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las áreas no tienen claras las necesidades para su normal funcionamiento y reportan con errores las necesidades de bienes e insumos</li> <li>2. Desconocimiento por parte del personal responsable en la elaboración del plan de necesidades</li> <li>3. Errores, inconsistencias y/u omisiones en la elaboración de las SOLPES (Solicitudes de Pedido)</li> <li>4. Deficiencias en el análisis de los estudios del mercado o del sector</li> <li>5. Desconocimiento u omisión de requisitos legales para beneficiar a un oferente en particular; gestionando exigencia de requisitos adicionales en los estudios previos, o requerir insumos técnicos con requisitos que restrinja la pluralidad de oferentes, direccionado a beneficiar a un oferente en particular...</li> </ol>	<b>ASUMIR EL RIESGO</b>	<p>Análisis de las necesidades institucionales por las áreas técnicas (Constitución Política, ley, reglamento, Estatuto, Manual de Contratación y procesos y procedimientos - SIAPINC). Realizar estudios del mercado y del sector, previo a la elaboración del estudio previo o justificación técnica (ODG-PO2-F-02) / realizar estudios previo estableciendo normas claras para que haya pluralidad de oferentes o cuando hay contratación directa realizar la justificación de la misma. Seguimiento periódico al POA.</p>		<p>"La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Para evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos se realizó visita y entrevista con el líder del proceso quien manifestó a este seguimiento que: Para el control análisis de las necesidades se diseñó e implemento una transacción en el sistema de información SAP denominada ZPPFOI, en la parametrización se estableció que para que para la modificación del plan de adquisición se requiere la aprobación por la Dirección previa justificación del Grupo de Presupuesto con visto bueno de la Subdirecciones Administrativa, Investigaciones o Docencia, dependiendo del caso. Con respecto a los estudios de mercado se realiza al inicio del proceso va incluido dentro de los estudios previos por cada supervisor, con respecto a los estudios previos se incluyeron criterios para que haya pluralidad; para la contratación directa el solicitante del bien o servicio debe justificada la causa contratación directa. Con respecto al seguimiento del POA, se realiza mensualmente liderado por el Coordinador del Grupo Contratación e Interventoría y Jefe del Área Financiera, dependiendo del resultado se toman las medidas del caso; los soportes de este seguimiento reposan en la Oficina Asesora de Calidad.</p> <p>En este contexto, la oficina de control interno concluye que los controles son suficientes y pertinentes y abordan las causas para asumir el riesgo."</p>
R4	Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las áreas involucradas no cumplen con los plazos establecidos en el cronograma de cierres de fin de año.</li> <li>2. A pesar de que se les envía el reporte mensual a los supervisores de contratos, no haya un oportuna ejecución de los mismos.</li> <li>3. Los supervisores res de contratos salen a su período de vacaciones y disfrute de semana de fin de años sin informar y ejecutar en gran mayoría los contratos.</li> <li>4. Demora por parte de las áreas responsables en oportunidad de entrega de facturas. .</li> </ol>	<b>COMPARTIR O TRANSFERIR</b>	<p>Reportes mesuales durante el año a los supervisores de los contratos.. Se elabora y socializa el cronograma de cierre y apertura de fin de año a todos los funcionarios del INC por correo. . Se hacen reuniones con los supervisores durante la vigencia para informar y solicitar la oportuna ejecución. .</p>		<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: El responsable del procedimiento para la gestión de presupuesto envía periódicamente a los supervisores e interventores el informe presupuestal para su análisis, evaluación y seguimiento; en el mes de diciembre de cada año se elabora y envía a todos los responsables un circular de cierre avatada por el subdirector y emitida por el director; las reuniones con los supervisores la realiza el coordinador de presupuesto donde se evalúa el por qué no se ha tramitado los productos o servicios. Los controles han sido efectivos en la vigencia del 2017 se cerró sin traumas administrativos.</p> <p>En este contexto, la oficina de control interno concluye que estos son pertinentes, suficientes para abordar las causas raíz compartir a transferir el riesgo</p>
R6	Devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.	Deficit de los controles de verificación previa al pago. Falsificación de documentos y o suplantación de identidad, firmas .	<b>EVITAR EL RIESGO</b>	<p>Procedimiento devolución a pacientes GCI-P02 D-10-D9. No entregar cheques a personas diferentes al beneficiario del pago o hacer transferencia a cuenta bancaria a nombre del titular.</p>		<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados: Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: El Procedimiento se implementó, se establecieron formatos de control de entrega de dinero por devolución, no se entregan cheques por devolución a personas diferentes al beneficiario, de ser posible realiza transferencia a la cuenta del paciente; dentro del periodo de seguimiento no se ha materializado este riesgo.</p> <p>En este contexto, la oficina de Control interno concluye que estos son suficientes y pertinentes para abordar las causas raíz a fin de evitar el riesgo.</p>

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSJ-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 10 de 13</b>

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO						
Gestión Contable		Generar y analizar la información contable de forma oportuna, confiable, relevante y objetiva a los clientes internos y externos del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.						
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS					SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Los Activos Fijos reflejados en el balance no correspondan en su totalidad a la realidad.	REDUCIR EL RIESGO	Correctiva: -Contratación externa de levantamiento Activos fijos INC. -Base de datos identificación de Activos fijos tangibles. -Conciliación por áreas en proceso final.. Preventiva: Comité de inventarios trimestral y Realización de inventarios físicos anual. . Preventiva: Software para control y manejo de Activos fijos.	100				En este proceso no fue objeto de seguimiento sobre la efectividad de los controles por cuanto no tiene Riesgos definidos como altos y extremos.
R2	Pérdida, extravío o daño de un activo sin responsable real asignado	REDUCIR EL RIESGO	Corrección: Articulación de procesos de Gestión Humana y Activos fijos para el ingreso, salida y/o traslado de funcionarios. Preventivo: Socialización, sensibilización y capacitación periódica sobre los procedimientos definidos para la actualización de las novedades de inventarios actualmente por áreas, y posteriormente a través del campus virtual.. Preventiva: Realización de inventarios físicos anuales..	100				En este proceso no fue objeto de seguimiento sobre la efectividad de los controles por cuanto no tiene Riesgos definidos como altos y extremos.
R3	Errores, inconsistencias, omisión en el registro de la totalidad de los hechos económicos, transacciones y operaciones en el Sistema SAP	REDUCIR EL RIESGO	CAPACITACION EN MODULO FINANCIERO. INDICADOR EN EL POA PARA MEDIR OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LA INFORMACION DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA LA ENTREGA MENSUAL. CONCILIACION DE LA INFORMACION CONTABLE CON LA DE CADA MODULO.	100				En este proceso no fue objeto de seguimiento sobre la efectividad de los controles por cuanto no tiene Riesgos definidos como altos y extremos.
R4	Entrega No oportuna de la información financiera / reportes a las Entidades de Control y demás partes interesada	REDUCIR EL RIESGO	PLAZO ESTABLECIO EN LAS ENTIDADES DE CONTROL. CRONOGRAMA INTERNO DE CIERRE EN CONTABILIDAD. .	100				En este proceso no fue objeto de seguimiento sobre la efectividad de los controles por cuanto no tiene Riesgos definidos como altos y extremos.


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
<b>Página 11 de 13</b>			

NOMBRE DEL PROCESO		OBJETIVO DEL PROCESO						
Gestión Comercial y del Ingreso		Garantizar el cumplimiento de las metas institucionales de manera oportuna y eficaz en relación a los diferentes ingresos, buscando asegurar la sostenibilidad del Instituto Nacional de Cancerología ESE.						
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS					SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO CORTE A 30 DE ABRIL DE 2018			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R1	NO CONTAR CON LA LIQUIDEZ PARA ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL INC	<b>CONTRATACIÓN</b> - Celebrar contratos con aseguradoras que no cumplan con ranking adecuado - Modelos de contratación  <b>FACTURACIÓN</b> - Radicación - Conciliación de Glosas - Registro Oportuno de Glosas  <b>RECAUDO</b> - Gestión de recaudo. Cambio en políticas de contratación y pagos.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Ranking para contratación. Fijación de índices mínimos de radicación, glosas, devoluciones y conciliaciones. Fijación de metas de recaudo y reporte a entes de control.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con la funcionaria responsable del control a los riesgos del proceso, quien manifestó que:</p> <p>En el primer trimestre de 2018, el indicador presenta bajo porcentaje de las empresas que tienen calificación B y C, el ranking es más exigente al cambiar su ponderación y las edades de cartera. Este control es efectivo, porque al momento de contratar con el Asegurador se informa la situación a las directivas del Instituto quienes toman decisiones.</p> <p>Para el control "Fijación de índices mínimos de radicación, glosas, devoluciones y conciliaciones", la fijación de los índices mínimos de radicación están incluidos dentro de las metas de POA del Proceso de Gestión Comercial y del Ingreso, se evidencia la medición con el indicador porcentaje de cumplimiento en las metas de facturación. Respecto de las glosas, devoluciones y conciliaciones, la medición en el primer trimestre de 2018, se presentó y aprobó Plan de intervención de la glosa, el objetivo general es buscar acciones que permitan mejorar la oportunidad, eficiencia y eficacia del proceso de respuestas y conciliación de glosas que permitan mejorar el flujo de recursos del Instituto, su medición se realiza en forma mensual con el indicador plan de intervención de la glosa.</p> <p>Las metas de recaudo y reporte a entes de control a cierre del primer trimestre de 2018 se evidencia en ejecución el plan y registro del cumplimiento de la meta mediante registro de información en el indicador porcentaje de cumplimiento del plan integral a la cartera.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes e intervienen la totalidad de las causas para mitigar el riesgo.</p>
R2	Favorecimiento a un tercero en detrimento patrimonial del INC al no ejercer la debida supervisión contractual tanto a aliados estratégicos como a ERP (CORRUPCIÓN)	1. Avalar el pago por prestación de servicios a un tercerizado omitiendo normas institucionales a cambio de dadas.  2. Aceptación de glosas omitiendo el procedimiento institucional detallado en el descriptivo del procedimiento  3. Recaudo de dineros en lugares diferentes a tesorería y realizada por un tercero.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	1. Manual de contratación. 2. Manual de contratación e Informes de supervisión. 3. Procedimiento de recaudo por caja en tesorería.			X	<p>La Oficina de Control Interno presenta a continuación la descripción de las actividades desarrolladas durante el seguimiento sobre la efectividad de los controles frente a los riesgos identificados:</p> <p>Se realizó entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó:</p> <p>Los controles son preventivos, están documentados e implementados, los Informes de Supervisión e Interventoría se realizan periódicamente y se envían a contratación para lo de su competencia. Se precisa que el riesgo existe y está controlado.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para reducir el riesgo.</p>

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

- **Evidencia:** La Oficina de Control Interno, con fechas 28 de agosto de 2018, 17 y 19 de septiembre de 2018, agendó cita para realizar seguimiento a la efectividad de los controles asociados a los riesgos definido como altos y extremos, del Proceso misional: Unidades Funcionales de Tratamiento, labor que no fue posible realizar por cuanto fueron canceladas.


### RESUMEN RIESGOS CON SEGUIMIENTO A 31 DE AGOSTO DE 2018

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSJ-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 12 de 13</b>

NOMBRE DE PROCESO	RIESGOS ALTOS Y EXTREMOS	TOTAL RIESGOS CON SEGUIMIENTO
Gestion del Sistema de Desempeño Institucional	3	3
Diagnóstico y Estadificación	1	1
Unidades Funcionales de Tratamiento	Pendiente por cancelación de agenda por parte del líder del Proceso	Pendiente por cancelación de agenda por parte del líder del Proceso
Gestion de Apoyo Clínico	5	5
Docencia	3	3
Investigaciones	1	1
Salud Publica	1	1
Gestion y Desarrollo del Talento Humano	No aplica	No Aplica
Gestion Hotelera y Ambiental	5	5
Gestion de Archivo y Documental	1	1
Gestion del Gasto	4	4
Gestion Contable	No aplica	No Aplica
Gestion Comercial y del Ingreso	No Aplica	No Aplica
Gestion de la Tecnología	8	8
<b>TOTALES</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

## CONCLUSIONES

1. La Oficina de Control Interno en cumplimiento del artículo sexto de la Resolución 0660 de 2017 (Política Administración del Riesgo), realizó Seguimiento a los riesgos determinados como Extremos, Altos.
2. No fue posible evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos determinados como extremos y altos con corte a 31 de agosto de 2018, del Proceso misional Unidades Funcionales de Tratamiento (UFT), debido a la cancelación de agenda en varias oportunidades por parte del líder del citado Proceso.
3. La Oficina de Control Interno evidenció que el instrumento adoptado por el Instituto para el levantamiento del Mapa de Riesgo por Procesos continúa sin implementarse en SIAPINC 4 hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
4. La Oficina de Control Interno evidenció que no todos los responsables de Procesos realizaron la actualización de riesgo, tal como lo dispone el artículo 4°, estrategias, de la Resolución 0660 de 2017 (Política Administración del Riesgo).
5. En términos generales a la fecha de corte del presente informe de seguimiento se evidencia que:
  - 5.1 Para algunos riesgos los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y evitar la materialización del riesgo.
  - 5.2 Controles implementados, sin embargo se requiere registros del control y maduración del mismo para efectuar seguimiento sistemático del análisis y efectividad del control.

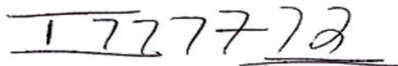
	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSI-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>01</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>31-12-2016</b>
			<b>Página 13 de 13</b>

5.3 Los controles definidos para abordar las causas raíz y controlar la materialización del riesgo están implementados, son pertinentes, sin embargo no suficientes para intervenir las causas raíz, razón por la cual se invita a los responsables realizar nuevamente la valoración de los controles del riesgo.

### RECOMENDACIONES

1. Implementar en el Sistema de información SIAPINC 4 el instrumento para el levantamiento del Mapa de Riesgos por Proceso y Mapa de Riesgo Institucional.
2. Cumplir por parte de los Líderes de Proceso /Procedimiento la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 del 4 de julio de 2017), en el sentido de realizar monitoreo y seguimiento a los riesgos del Proceso a cargo.
3. Atender por parte de los líderes de Proceso, las visitas de verificación y seguimiento agendadas de manera concertada por la Oficina de Control Interno.
4. Revisar y actualizar los riesgos de los Procesos que aún están pendientes de esta labor.
5. Revisar y evaluar que la definición del control permita realizar mediciones y registros con el fin de evaluar con posterioridad la efectividad de los mismos.
6. Verificar que los controles intervengan la totalidad de las causas para reducir la materialización del riesgo.

**Elaborado por**



**Isabel Herrera Rodriguez**  
Profesional Especializado INC.

**Aprobado por**



**Buenaventura Orduy Burgos**  
Jefe Oficina Control Interno INC