	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 1 de 8			

Fecha Informe:	16 de enero de 2018	Fecha de seguimiento	diciembre de 2017 y 4 al 10 de enero de 2018
Proceso/Procedimiento auditado:	Los Procesos : Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión por Procesos del INC-ESE		
Objetivo general del seguimiento:	Realizar seguimiento a los controles definidos para los riesgos y evaluar su efectividad para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos		
Alcance del seguimiento:	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 Extremo y Alto, con corte 31 de diciembre de 2017		
Criterios:	Resolución número 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 y se dictan otras disposiciones, 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 los 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 Nacional de Cancerología.		
Metodología empleada:	Revisión en el Módulo de Planes de Mejora de Riesgos por Proceso de SIAPINC 4, las acciones de mejora vencidas (abiertas y cerradas), con fecha de corte 31 de diciembre de 2017, y solicitudes por correo electrónico a Líderes de Procesos de documentación soporte para verificación y registro de evidencias		
Responsable del seguimiento:	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:


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.							
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS					SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO				
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Falta de recursos financieros para el diseño y la ejecución de acciones, programas y proyectos	Banco de fuentes de financiación diseñado	Nominal	Evaluación y seguimiento financiero de Programas y Proyectos. Evaluación y seguimiento del POA. .	67			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "falta de recursos financieros para el diseño y la ejecución de acciones, programas y proyectos", venció el 30 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R4	Influencia de la industria de productos relacionados con factores de riesgo (asbesto, tabaco, mala alimentación) en la baja difusión e información para la visibilidad pública de estos factores.	Plan de Visibilidad Pública para el control de los factores de riesgo para cáncer.	Valor absoluto	Seguimiento a PDI. Presencia e influencia ante los tomadores de decisiones, congresistas. Seguimiento a Macroproyecto de SP.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "influencia de la industria de productos relacionados con factores de riesgo (asbesto, tabaco, mala alimentación), en la baja difusión e información para la visibilidad", venció el 30 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 2 de 8			

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							SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO A DICIEMBRE 31 DE 2017 OFICINA DE CONTROL INTERNO
R1	Demora en los cierres de los proyectos de investigación	GS-IND-33E - E- Porcentaje de estudios de investigación cerrados	Porcentaje	Seguimiento a los cronogramas por el grupo de monitoria. Seguimiento a los cronogramas por el comité de Etica. .	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "demora en los cierres de los proyectos de investigación", vence el 31 de enero de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R2	Elevada rotacion de recurso humano competente en investigación	Rotación de Personal de Planta	Porcentaje	No cuenta a la fecha con algún control. Plan de incentivos en investigación (pendiente aprobación). .	15			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "elevada rotacion del recurso humano competente en investigación", vence el 31 de diciembre de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R6	Manipulación de resultados de una investigación	Base de datos certificada por monitoria	Porcentaje	Sistema de monitoria de investigacion. . .	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la acción fue 30 de septiembre de 2017, En este sentido, posterior a esta fecha se iniciará la evaluación a la efectividad del control asociado al riesgo. Durante los tres últimos meses se evidenció la efectividad del control para reducir el riesgo

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							SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Errores, inconsistencias, omisión en el registro de la totalidad de los hechos económicos, transacciones y operaciones en el Sistema SAP	Numero de diferencias encontradas en las conciliaciones y resueltas.	Numero	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			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "errores, inconsistencias, omisión en el registro de la totalidad de los hechos economicos, transacciones y operaciones en el sistema SAP", vence el 15 de enero de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R4	Entrega No oportuna de la información financiera / reportes a las Entidades de Control y demás partes interesada	POA GCO "porcentaje de informes entregados a contabilidad para cierre"	Porcentaje	PLAZO ESTABLECIO EN LAS ENTIDADES DE CONTROL. CRONOGRAMA INTERNO DE CIERRE EN CONTABILIDAD. .	93			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Entrega no oportuna de la información financiera, reportes a las entidades de control y demas partes interesadas" vence el 15 de enero de 2018. En este sentido, posterior a la fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo

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.							
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN							SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo	(Número de documentos o expedientes devueltos / Número de documentos o expedientes prestados) *100%	Porcentaje	vitacora (libro) - prestamos de Historia Clínica ocasional y formato GAD-P01-F-04 (Solicitud y control de prestamo de historias clinicas 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 prestamo de documentos). Tarjeta de reemplazo de prestamo de historias clinicas identificadas con colores diferentes según el tiempo de retiro del documento o expedientes.	95			X	La Oficina de Control interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "se pierden, se extravían, o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo", venció el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R4	Distribución errada de comunicaciones oficiales interna o externamente	1.Número de correos electrónicos enviados	Nominal	Planilla de oficios recibidos, planillas de control Servicios postales nacional 472 (correo certificado). Planilla de control de correspondencia urbana, . Correctivo: Personal asignado con los permisos en SIAPINC para la modificación o anulación de documentos. . .	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "distribucion errada de comunicaciones oficiales internas o externamente", venció el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 3 de 8			

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	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R1	Generar impactos negativos en el Medio Ambiente que ocasionan sanciones al INC por incumplimiento de los requisitos legales aplicable	Porcentaje de ejecución del cronograma PIGA	Número de actividades de cronograma PIGA ejecutadas en el periodo / Número de actividades en cronograma PIGA programadas en el periodo	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.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Generar impactos negativos en el medio ambiente que ocasionan sanciones al Instituto por incumplimiento de los requisitos legales aplicable", vence el 17 de mayo de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R2	Incumplimiento contractual de los proveedores de soporte hotelero (alimentos y dietas, vigilancia, aseo y ropería)	1. Porcentaje de satisfacción del servicio. 2. Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero	1. (Número de pacientes y funcionarios que se consideran satisfechos con los servicios de soporte hotelero / Sumatoria de encuestas aplicadas para medir la satisfacción del servicio de soporte hotelero) * 100 2. Número de Informes de seguimiento a los servicios tercerizados de soporte hotelero (uno por cada servicio)	Aplicar listas de chequeo por contrato de aliado de soporte hotelero, informes de supervisión de contrato, seguimiento planes de mejoras.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Incumplimiento contractual de los proveedores de soporte hotelero (alimentos y dietas, vigilancia, aseo y ropería)", vence el 17 de mayo de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R3	Incumplimiento contractual de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura física	1. Solicitudes de mantenimiento ejecutadas, 2. porcentaje de ejecución del plan de mantenimiento preventivo y correctivo	1. (Número de órdenes de mantenimiento generadas / Número de órdenes ejecutadas) * 100 2. número de acciones realizadas/número de acciones programadas *100	informes de supervisión de contrato. A través de la IV21 seguimiento a las órdenes de mantenimiento generadas. Revisión in situ de las actividades realizadas.	77			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Incumplimiento contractual de los proveedores que prestan servicio de mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura física", vence el 17 de mayo de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R4	Diseños deficientes y/o incompletos, para obras civiles, remodelaciones, adecuaciones	Porcentaje de cumplimiento del diseños en concordancia con la ejecución del cronograma de obra civiles.	(Número de actividades ejecutadas / Número de actividades planificadas en cronograma) * 100	Informes de supervisión de contrato. . .	45			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Diseños deficientes y/o incompletos, para obras civiles, remodelaciones, adecuaciones", vence el 31 de enero de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
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.	Plan de mantenimiento preventivo publicado Informes de supervisión Informes de cumplimiento de cronogramas Informe con soluciones de hallazgos de condiciones de habilitación en infraestructura	Número de Informes de seguimiento (por cada proveedor de mantenimiento) e infraestructura u obras.	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.	35			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "no realizar obras de mantenimientos institucionales con oportunidad, con impacto en la seguridad a los pacientes y en la validación de los requisitos de habilitación", vence el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al 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.							
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN									
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS						SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R1	No adquirir los equipos de tecnología biomédica que satisfacen las necesidades del INC	Número de equipos con cumplimiento de actividades del procedimiento GTE-P01 al 100%/ Total de equipos adquiridos	100%	GTE-P01 P01 - PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. Especificaciones técnicas con aprobación. Comité de gestión de tec (ev. Las neces de alto costo y alto riesgo).	83			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la acción: "2. definir un responsable para consolidar las necesidades de adquisición de equipos biomédicos", vence el 30 de enero de 2018. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control para reducir el riesgo de acuerdo con la información registrada en la medición y análisis del indicador
R3	Incumplimiento con el objetivo de los proyectos en términos de oportunidad y de costos	Número de proyectos con supervisión de los firmantes de estudios previos /Total de proyectos	Número	Contrato y Cronograma del proyecto. solicitud de gerente de proyecto certificado o con especialización . Supervisión de contrato y proyecto.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que el 7 de noviembre de 2017 se cerró en el Módulo de Planes de Mejora de SIPINC4 acción de mejora relacionado con riesgos de este Proceso. En este sentido, la acción "Teniendo en cuenta que para mitigar este riesgo se hace necesario una directriz institucional por parte de la Dirección General del Instituto, para que todos los firmantes de los estudios previos sean incluidos como parte del asupervisión del contrato, se tendrá en cuenta esta directriz para radicar el nuevo plan de mejora en la plataforma SIAPINC IV", se evaluará en el próximo Seguimiento su efectividad del control para reducir el riesgo
R7	Fallas en la supervisión técnica y administrativa	Propuesta para la alta dirección recibida	Valor absoluto	Manual de funciones técnicas (no existe). Manual de funciones administrativas. Reuniones de seguimiento del contrato con el contratista.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció a la fecha del presente seguimiento que la acción: "1 presentar una propuesta al ordenador del gasto para revisar las cargas generadas por la supervisión de contratos", se encuentra abierta y vencida, impidiendo el registro de la información del indicador y análisis para evaluar la efectividad del control asociado al riesgo


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		VIGENCIA:	31-12-2016
	Página 4 de 8			

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	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	POA Número de contratos con informe de supervisión o interventoría a cada proceso / total de contratos asignados a cada proceso*101	%	Ejercer 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. Ubicados 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 contratualmente. Efectuar capacitaciones periódicas a los supervisores designados..	100			X	Para la medición del control para evitar el riesgo: "Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra", la Oficina de Control Interno, con fecha de corte noviembre 30 de 2017, evidenció cumplimiento del porcentaje de contratos con seguimiento (supervisión e interventoría) y tendencia ascendente por Proceso así: Diagnóstico y Estadificación logrando cumplimiento de 50.2%, Docencia 68%, Gestión de Apoyo Clínico 57.14%, Gestión Comercial y del Ingreso 100%, Gestión Contable 100%, Gestión de Archivo y Documental 100%, Gestión de la Tecnología 64.29%, Gestión Ambiental y Hotelería 62.50, Gestión y Desarrollo del Talento Humano 40%, Investigación 100% y Unidades Funcionales de Tratamiento 60%
R3	Errores y/o inconsistencias en el plan de necesidades y plan anual de adquisiciones del INC. Sobrestimación o subestimación de las necesidades de insumos de las dependencias, que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente.	1.) POA - (Número de estudios previos del proceso GDG entregados oportunamente) / (Número total de ítems definidos para el proceso GDG) * 100 // 2.) Valor de procesos de selección por Contratación Directa / El valor total de la contratación X 101	%	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 (GDG-P02-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..	92			X	La Oficina de Control interno evidenció que la fecha de terminación de las acciones de mejora para asumir el riesgo: "Errores y/o inconsistencias en el plan de necesidades y plan anual de adquisiciones del INC. Sobrestimación o subestimación de las necesidades de insumos de las dependencias, que pueden llegar a direccionar los procesos de selección para beneficio de un oferente", vence en marzo de 2018. En este sentido, con posterioridad a esa fecha se evaluará la efectividad del control para asumir el riesgo
R4	Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	(POA)Informe de ejecución de los contratos (PROCESOS) E- Porcentaje de ejecución presupuestal	Valor absoluto Porcentaje	Reportes mensuales 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. .	95			X	La Oficina de Control Interno evidenció que fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.", venció el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluará la efectividad del control asociado al riesgo
R6	Devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.	número de devoluciones ejecutadas / número de devoluciones autorizadas	Nominal	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. . .	100			X	La Oficina de Control Interno observó que en el período agosto a diciembre de 2017, según Informe mensual de Bancos en SAP donde se registran los pagos, no se evidenció materialización del riesgo: "Devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados"

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 A 31 DE DICIEMBRE DE 2017				
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Caida del paciente durante el proceso de atención	1. Cobertura de capacitación (Número de funcionarios capacitados / Numero total de funcionarios programados) *100 2. Adherencia a la actividad para identificación del riesgo de caída: Porcentaje de adherencia a la aplicación de la escala de riesgo de caída= Numero de pacientes adecuadamente identificados en el riesgo de caídas en los servicios/ Número total de pacientes incluidos en la muestra. 3. Informes presentados.	Porcentaje	Escala de valoración del riesgo . Inducción y reintegración al personal para reforzar conceptos para prevención de caídas. Rondas de seguridad .	82			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha del presente seguimiento el riesgo: "Caída del paciente durante el proceso de atención", tiene asignado el Plan de Mejora PMR 1700009, con tres acciones de mejora, de las cuales se cerraron dos y continua abierta y vencida la acción "Presentar los resultados de adherencia (por servicios y/o pisos) y según resultados actuar". En este sentido, una vez cerrada dicha acción se evaluará la efectividad de los controles asociados al riesgo
R4	Dispensación errónea de medicamentos	Porcentaje de adherencia a la actividad de dispensación de medicamentos	Porcentaje	Perfil farmacoterapéutico . Validación de prescripción . Auditoría interna .	77			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción: "Diseñar e implementar un instrumento para realizar auditoría interna a la actividad de dispensación de medicamentos y que permita medir adherencia, del PMR-17-00009 se encuentra vencida y abierta, circunstancia que impidió realizar la evaluación de la efectividad del control asociado al riesgo
R5	Infecciones intrahospitalarias	1. Cobertura de capacitación (número de coordinadores formados como observadores/ número de coordinadores existentes). 80% 2. Número de funcionarios del grupo de infecciones capacitados en auditoría interna	Porcentaje / Número	Estrategia lavado de manos . Auditoría interna . Programa de vigilancia y control de antimicrobianos .	82			X	La Oficina de Control interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la asignación del Plan de Mejora PMR 17-00009 para reducir el riesgo de infecciones intrahospitalarias presenta la acción abierta y vencida: "Capacitar a los coordinadores de los servicios asistenciales en estrategias de lavado de manos y prevención de infecciones", circunstancia que impidió el registro y análisis del indicador para evaluar su efectividad
R7	Pérdida de medicamentos de alto costo	Porcentaje de cobertura de capacitación (número de funcionarios del servicio capacitados/ número total de funcionarios del servicio). 80%	Porcentaje	Custodia permanente del medicamento en la farmacia / entrega en unidades y preparado. Marcación del medicamento para uso institucional. Entrega del sobrante o envase utilizado con el medicamento a la farmacia por parte de enfermería .	77			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para reducir el riesgo: "pérdida de medicamentos de alto costo", venció el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, posterior a esta fecha se evaluarán los registros y análisis del indicador para determinar la efectividad del control asociado al riesgo
R8	Pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización	Porcentaje de instrumental perdido (Número de equipos y accesorios incompletos / Número de equipos y accesorios con los que se cuenta X 100).	Porcentaje	Actividad documentada. Seguimiento continuo al inventario. Auditoría interna .	72			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la última acción definida para evitar el riesgo: "pérdida de instrumental que ingresa y sale de la Central de Esterilización", venció el 31 de diciembre de 2017. En este sentido, con posterioridad a esta fecha se evaluarán los registros y análisis del indicador para determinar la efectividad del control asociado al riesgo


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 5 de 8			

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									
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS						SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO A DICIEMBRE 31 DE 2017			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R1	Contaminación microbiológica de los alimentos o de los productos en general usados en nutrición.	Numero de eventos o novedades relacionadas con la administración de la nutrición /numero total de nutriciones administradas	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..	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R4	Prestar un servicio asistencial sin identificación, prevención y mitigación de aquellos riesgos de seguridad el paciente que pueden ser prevenibles o evitables.	Porcentaje de implementación del programa de seguridad del paciente.	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 prácticas seguras (Paquetes instruccionales #22). Mediciones por indicadores.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R5	Baja adherencia a procesos, protocolos y guías institucionales y poco sentido de pertenencia por parte del personal de enfermería	Porcentaje de personal capacitado en los proyectos de aprendizaje en equipo/total de funcionarios de enfermería x 100 (Meta: 70 al 80%)	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.	92			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R6	Pérdida de espécimen anatomopatológico.	Porcentaje de adherencia a procedimientos socializados.	Porcentaje	Procedimiento documentado (Recepción, almacenamiento traslado de muestras.) Lista de chequeo de salida del paciente..	100			X	La Oficina de Control interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R7	Realizar procedimiento quirúrgico, sitio o paciente equivocado.	Reporte de eventos o novedades relacionadas con procedimiento, sitio o paciente equivocado.	Numero	listas de chequeo antes, durante y después.. Parada de seguridad antes y durante (cirugía prolongada).. Procedimiento de marcación de sitio operatorio/ tablero de identificación de paciente por sala de cirugía.	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R8	Incidentes relacionados con cuerpos extraños o instrumentos dejados en área quirúrgica. (Presencia de oblitos)	Reporte de eventos o incidentes relacionadas con presencia de oblitos.	Numero	Procedimiento documentado (conteo de elementos quirúrgicos). Tablero de control por sala de cirugía..	100			X	La Oficina de Control interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo
R9	No garantizar la dosis prescrita.	Tolerancia de dosis de referencia. Meta: 5%	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). Experiencia del recurso humano.	0			X	La Oficina de Control interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora del PMR-17-00008 se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió medir la efectividad de los controles asociados al riesgo

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-I-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 6 de 8			

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 A DICIEMBRE 31 DE 2017			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Falla en el cumplimiento de las condiciones adecuadas y de preparación de los pacientes, para la toma de muestras y la realización de exámenes diagnósticos.	# Paciente devueltos por inadecuada preparación / Total de pacientes atendidos	%	Entrega de información de preparación, verbal medio físico. Confirmación de preparación mediante llamada día previo a la realización del estudio. (Radiología/ Medicina Nuclear). Verificación de condiciones (entrevista) previo a la realización del estudio..	72			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la actividad para reducir el riesgo: "falta en el cumplimiento de las condiciones adecuadas y de preparación de los pacientes para toma de muestras y realización de exámenes diagnósticos", vence en enero de 2018. En este sentido, con posterioridad a esa fecha se evaluará el impacto y efectividad del control asociado al riesgo
R2	Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología.	# de pacientes con errores de identificación / Total de pacientes atendidos	%	Ejecución de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Laboratorio). Solicitud de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Patología y Radiología).	33			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la actividad para reducir el riesgo: "falta en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y radiología", vence en las vigencias 2018 y 2019. En este sentido, con posterioridad a estas fechas se evaluará el impacto y efectividad del control asociado al riesgo
R5	Malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales.	Número de insumos encontrados en revisiones		Implementación de proceso de entrega y devolución de insumos y seguimiento a los solicitantes y verificación continua de las áreas de servicio para evitar repositorios de insumos diferentes a los depósitos autorizados, que permitan la trazabilidad de insumos. No transmisión de imágenes diagnósticas desde equipos biomédicos a estaciones de lectura sin apertura de episodio por parte de facturación. (Radiología / Medicina Nuclear). No transcripción de resultados en formato institucional sin apertura de episodio por parte de facturación (laboratorio/ Patología).	92			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la actividad para evitar el riesgo: "malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales", vence en enero de 2018. En este sentido, con posterioridad a esa fecha se evaluará el impacto y efectividad de los controles asociados al riesgo

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 A 31 DE DICIEMBRE DE 2017			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	INDICADOR	MEDIDA DEL INDICADOR	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Posibilidad de condenas en demandas derivadas de la prestación del servicio del INC	Página Virtual implementada.	Valor Absoluto	Protocolos institucionales y guías de manejo. Guías práctica 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..	100			X	La Oficina de Control Interno evidenció que a la fecha de este seguimiento la acción de mejora se encuentra abierta y vencida, circunstancia que impidió el registro de la información del indicador y su respectivo análisis, para evaluar la efectividad del control asociado al riesgo
R4	Incumplimiento de la normatividad general aplicada a la Institución por entes reguladores. (Habilitación, Certificaciones de Buenas Prácticas (INVIMA), derechos laborales, entre otras).	Incumplimiento de requisitos legales	Valor Absoluto	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..	90			X	La Oficina de Control interno evidenció que la fecha de terminación de la acción para reducir el riesgo: "incumplimiento de la normatividad general aplicada a la institución por entes reguladores (Habilitación, certificaciones de buenas practicas (invima), derechos laborales, entre otros" vence en la vigencia 2018. En este sentido, con posterioridad a esa se evaluará la efectividad de los controles asociados a los riesgos
R6	No lograr el mejoramiento continuo de la Calidad de la Atención en Salud	Porcentaje de Acciones realizadas/Acciones programadas en el mismo periodo	porcentaje	Política de Calidad. Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud. Autoevaluaciones de control de condiciones de habilitación.	80			X	La Oficina de Control Interno evidenció que la fecha de terminación de la acción para reducir el riesgo: "no lograr el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud", vence en la vigencia 2018. En este sentido, con posterioridad a esa fecha se evaluará la efectividad de los controles asociados a los riesgos

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-IP10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 7 de 8			

En el período de seguimiento octubre-diciembre de 2017, los Líderes de Proceso, no realizaron monitoreo y seguimiento a los riesgos tal como lo dispone la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 de 2017): “La periodicidad de seguimiento de acuerdo a los niveles de seguimiento de riesgo residual, serán realizados de la siguiente manera:

- Lo riesgos determinados como extremos y altos se les realizará monitoreo cada 4 meses, dejando evidencia de dicha verificación.
- Lo riesgos determinados como moderados y bajos se les realizará monitoreo una vez cada año con enfoque principal de seguimiento a los controles.


Evidencia: Con fecha 3 de enero de 2018 la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico solicitó a los Líderes de los Procesos, enviar registro de las evidencias sobre el monitoreo a los riesgos con corte a diciembre 31 de 2017. Revisadas las respuestas allegadas se observa que no se realizó el respectivo monitoreo como claramente lo establece la Política de Administración del Riesgo.

RESUMEN RIESGOS DEFINIDOS COMO ALTOS Y EXTREMOS CON SEGUIMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017

PROCESO	NUMERO DE RIESGO
Gestion del Sistema de Desempeño Institucional	3
Diagnóstico y Estadificación	3
Unidades Funcionales de Tratamiento	7
Gestion de Apoyo Clínico	5
Docencia	1
Gestion del Gasto	4
Gestion de Archivo y Documental	2
Gestion Ambiental y Hotelera	5
Gestion Contable	2
Investigación	3
Gestion de la Tecnología	3
Salud Pública	2
Total	40

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 y Altos.

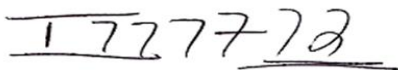
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
Página 8 de 8			

2. La Oficina de Control Interno evidenció que el instrumento adoptado por el Instituto para el levantamiento del Mapa de Riesgo por Procesos continúa sin implementarse en SIAPINC 4 hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
3. Los Procesos Gestión y Desarrollo del Talento Humano, y Gestión Comercial y de Ingreso, no evidenciaron Planes de Mejora toda vez que los riesgos después de controles y tratamiento se ubican en zonas de riesgos moderadas y bajas y en cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo tendrán su seguimiento una vez al año.
4. Los Líderes de Proceso, no realizaron monitoreo y seguimiento a los riesgos tal como lo dispone la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 de 2017).
5. Se evidenció en Módulo de SIAPINC 4 que los Procesos: Docencia, Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión de Apoyo Clínico y Tecnología registran acciones de mejora abiertas y vencidas, situación que limitó el alcance de seguimiento a los controles de los riesgos de los Procesos así como la evaluación de la efectividad de los mismos.
6. El levantamiento de los riesgos en el Instituto inició en mayo de 2017, situación que implica la consideración de tiempo razonable para evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos.

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. Cumplir por parte de los Líderes de los Procesos: Docencia, Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, Unidades Funcionales de Tratamiento, Gestión de Apoyo Clínico y Tecnología con la ejecución de las acciones de mejora abiertas y vencidas, relacionada con actividades para prevenir o mitigar los riesgos.

Elaborado por



Isabel Herrera Rodriguez
Profesional Especializado INC.

Aprobado por



Buenaventura Orduy Burgos
Jefe Oficina Control Interno INC