	<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 16</b>			

<b>Fecha Informe:</b>	25 de junio de 2018	<b>Fecha de seguimiento</b>	1 de mayo a 18 de junio de 2018
<b>Proceso/Procedimiento auditado:</b>	Los Procesos: Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión del INC-ESE.		
<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 dejando evidencia de dicha verificación y moderados y bajos con enfoque principal de seguimiento a controles, labor esta con corte a 30 de abril de 2018.		
<b>Criterios:</b>	Resolución 0660 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 seguimiento 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 SIAPINC 4. Mapa de Riesgos por Proceso y solicitudes por correo electrónico a Líderes de Procesos sobre el seguimiento y monitoreo de los Riesgos de cada Proceso. Visita, verificación de registros y entrevista con los responsables del control a 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 16</b>	

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	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	
R1	Que las Acciones de Salud Pública para el control del riesgo, la detección temprana, la vigilancia epidemiológica y la evaluación y seguimiento de servicios oncológicos no sean ofertadas a las entidades del SGSSS.	REDUCIR EL RIESGO	Portafolio de acciones en Salud Pública. PDI. .	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: El portafolio del Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano CEPRED, se ha ofertado en campañas en la ciudad, permitiendo facturar a particulares; se realizó reunión con el Grupo Mercadeo del Instituto para la oferta de los servicios a las entidades del Sistema General de Seguridad Social Salud. Actualmente se está trabajando el portafolio de evaluación de servicios oncológicos, tal como se evidencia en Acta No 5 del mes de mayo de 2018 de Equipo Primario de Mejoramiento.</p> <p>Así las cosas, realizado el análisis de la efectividad de los controles a la fecha del presente seguimiento la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes, suficientes para abordar las causas raíz para mitigar el riesgo, sin embargo aún falta implementar más portafolios en Salud Pública. En este sentido, se requiere tiempo para terminar la implementación de los portafolios en salud pública y así poder evaluar la efectividad del control.</p>	
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			<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, verificación de implementación y efectividad de los controles y entrevista con la responsable del control quien manifestó: En el primer trimestre de 2018, se gestionó la causa de otras fuentes de financiación evidenciando que existe Banco de fuentes de financiación nacionales e internacionales, siendo preferencia para los investigadores las convocatorias realizadas por fuentes nacionales especialmente Colciencias en la que el Instituto se ha presentado cuando la convocatoria aplica.</p> <p>La Evaluación y seguimiento financiero de Programas y Proyectos y Evaluación y Seguimiento del POA, se convierte en control preventivo, el cual se realiza periódicamente y el resultado son las decisiones adoptadas en cada circunstancia.</p>	
R3	No generar apropiación social y comprensión pública sobre el control de los factores de riesgo para el cáncer en la población general.	REDUCIR EL RIESGO	Material informativo y estrategias para la comunidad en general con información sobre los factores de riesgo para el control del cáncer.. acuerdos de gestión. Macroproyecto de Implementación del PDCC 2012 - 2021.	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 la responsable del Proceso, verificación de la efectividad de los controles asociados al riesgo quien manifestó: Con la puesta en marcha de las actividades del Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano CEPRED, el Instituto espera que este modelo, mejore la articulación entre el diagnóstico y tratamiento, también al ser centro de entrenamiento plantea el modelo integral de atención en salud MIAS, igualmente brinda consejería y servicios de educación, asesoría y capacitación a la población en general.</p> <p>Con respecto a los acuerdos de gestión se realizan, evalúan y toman decisiones; el macro proyecto del PDCC, está en ejecución y seguimiento periódico con entrega de resultados esperados de acuerdo con su avance.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son efectivos para abordar las causas, sin embargo falta adherencia del público en general de los servicios que presta el Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano CEPRED para posterior análisis de su efectividad.</p>	
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.	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento a PDI. Presencia e influencia ante los tomadores de decisiones, congresistas. Seguimiento a Macroproyecto de SP.	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 la responsable del proceso, verificación de la efectividad de los controles asociados al riesgo quien manifestó que: Periódicamente se realiza seguimiento al PDI el resultado de este seguimiento son las actas de reunión donde se evidencia las decisiones adoptadas con respecto a los avances. El segundo control se gestionó mediante el envío de 10 exhortos a líderes de los partidos políticos, para el apoyo al proyecto de Ley de asbesto, elaboración y distribución por medio digital a las redes sociales las infografías sobre exposición al asbesto. Se realizó seguimiento y actualización de la ficha del DNP Macroproyecto del Salud Pública.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que el análisis de la efectividad de los controles se evidencia, sin embargo es poco tiempo para evaluar la efectividad del control asociado al riesgo debido a que el impacto es a largo plazo.</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 16</b>


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	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO A 30 ABRIL DE 2018
R1	Demora en los cierres de los proyectos de investigación	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento a los cronogramas por el grupo de monitoria. Seguimiento a los cronogramas por el comité de Ética. .	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 Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron que el seguimiento se realiza con el nuevo Mapa de Riesgos 2018; informes de monitoria de manera individual según la fase del proyecto (quincenal, mensual o trimestral). El mecanismo de control son los informes periódicos de monitoria, actualmente el Instituto cuenta con 122 proyectos en curso; En el primer trimestre de 2018 el indicador GSI IND 33E-E- Porcentaje de estudios de investigación cerrados, registra un proyecto cerrado de 8 programados para cierre.</p> <p>Es importante resaltar que a cierre del primer trimestre de 2018 no se logró reducir el riesgo, motivo por el cual en la revisión del Mapa de Riesgos del Proceso para la presente vigencia se adicionaron causas externas.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles no son suficientes para intervenir las causas raíz y reducir el riesgo, se espera que para el próximo seguimiento con el nuevo Mapa de Riesgo se observe la efectividad de los controles.</p>
R2	Elevada rotación de recurso humano competente en investigación	REDUCIR EL RIESGO	No cuenta a la fecha con algún control. Plan de incentivos en investigación (pendiente aprobación). .	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 Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron: En revisión de riesgos para este periodo se modificó el riesgo debido a que no se podía controlar la elevada rotación, quedando fuga de recurso humano altamente calificado en investigaciones. En en razón a que las causas se mantienen el control es el mismo e involucra dinero por lo cual se incluyó a la Subdirección Administrativa y Financiera para evaluar la viabilidad.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que el análisis de la efectividad del control asociado al riesgo se realizará en el próximo seguimiento.</p>
R3	Baja divulgación de resultados de investigación	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento al plan de cierre y publicaciones. . .	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 Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron: Para primer trimestre de 2018 se revisaron los controles debiendo adicionar la concertación de objetivos con funcionarios donde se evalúa el índice de publicaciones anuales con seguimiento trimestral, dejando evidencia en Equipo Primario en el tema de productividad; el plan de publicaciones busca que el investigador tenga presente su gestión (genere estrategias cuando no haya resultados).</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que el análisis de la efectividad del control asociado al riesgo se realizará en el próximo seguimiento.</p>
R4	Diseño de proyectos con poca validez externa (Investigación de bajo impacto)	REDUCIR EL RIESGO	Conformación de comisión evaluadora de proyectos. Conformación de grupo asesor 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:</p> <p>Se realizó visita y entrevista con el Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron: En la revisión del riesgo para esta vigencia se adicionaron como causas "elevados costos para la financiación de ensayo clínicos" y en controles se adicionó concertación de objetivos para trabajo de grado. Se realiza semanalmente en forma independiente comisión de evaluación y asesora y con estos resultados se busca a largo plazo Proyectos de Investigación con Impacto en las Políticas Publicas, se está midiendo con el indicador INV IND 07, y el resultado es a largo plazo.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y adecuados para intervenir las causas raíz y reducir el riesgo, se espera que para el próximo seguimiento con el nuevo Mapa de Riesgo se evidencie la efectividad de los controles asociados al riesgo.</p>
R5	Aceptación de incentivos para aprobación y realización de proyectos en la institución	REDUCIR EL RIESGO	Estudios de factibilidad correctamente evaluados. Evaluación por parte del CEI de investigación Evaluación por parte de la comisión evaluadora de proyectos. Aplicación de ley estatutaria en salud (no aceptación de preventas).	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 Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron: Con respecto a la factibilidad se realizaron 7 en el primer trimestre para evaluar que la capacidad instalada del Instituto es factible o no para entrar a realizar el proyecto en el Instituto; no existen registros que evidencien la aceptación de incentivo por cuanto la Industria ya no se entiende con el investigador sino con el Instituto directamente.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control interno evidencia que los controles son suficientes y pertinentes para abordar las causas raíz para reducir el riesgo</p>
¿	Manipulación de resultados de una investigación	REDUCIR EL RIESGO	Sistema de monitoria de investigación. . .	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 Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron: Con la revisión del riesgo para esta vigencia se ajustó quedando "manipulación de información y resultados de una investigación" y en causas se adicionó "deficiencias en la monitoria y auditoria de los proyectos de investigación" y en controles se adicionaron "el comité de ética, control sobre el registro, validación y procesamiento de los datos por parte del grupo área de análisis." Se evidencian validaciones a las bases de datos, mediante su administrador y validador estadístico. Por su parte, Monitoria genera informe por proyecto periódicamente.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y pertinentes para abordar las causas raíz para reducir 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 4 de 16</b>	

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	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO
R1	Los Activos Fijos reflejados en el balance no correspondan en su totalidad a la realidad.	REDUCIR EL RIESGO	Preventivo: Socialización, sensibilización y capacitación periódica sobre los procedimientos definidos para la actualización de las novedades de inventarios.. Comité de inventarios trimestral. Realización de inventarios físicos .	87	X			La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información por parte del Líder del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.
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.. Realización de inventarios físicos .	82	X			La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información por parte del Líder del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.
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	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 visita y entrevista con la Líder del Proceso quien manifestó: Con la capacitación en el módulo financiero ha disminuido los errores, la pérdida de documentos se intervino con las conciliaciones entre área almacén, bancos cartera farmacia, activos fijos e inventario, el mecanismo de control son las conciliaciones, con indicador de POA, denominado Porcentaje de informes entregados a contabilidad para cierre, áreas, entre meses intermedios al cierre de vigencia no se cumplen con la meta como se evidencia en el registro y análisis del indicador POA-GCO-49 las fallas con las conciliaciones se siguen presentando en el módulo de facturación. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles abordan la totalidad de las causas, sin embargo se requiere tiempo para los registros de información y maduración de los controles.
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. .	93	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 visita y entrevista con la Líder del Proceso quien manifestó: Dentro del Proceso Gestión Contable se cuenta con un documento controlado no codificado, este documento incluye las normas y fechas de presentación de informes del proceso a las partes interesadas. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que el control ha intervenido las causas raíz para reducir el riesgo.
R5	Cobrar al paciente un servicio que no debería facturarse y no se le devuelve el dinero	REDUCIR EL RIESGO	INFORME DE SOLICITUDES DE REINTEGRO POR SERVICIOS NO PRESTADOS. . .	85	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 visita y entrevista con la responsable del control quien manifestó: Para este riesgo se documentaron el GCI-P02-D-09 Descripción de la actividad para efectuar devolución de dinero recaudado el mismo día y GCI-P02-D10 Descripción de la actividad para efectuar devolución de dinero recaudado en días anteriores. De igual forma se generó el informe de solicitudes de reintegro por prestación de servicios no prestado concluyendo que para la presente el riesgo no se incluye en el nuevo Mapa de Riesgos.


	<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 16</b>

<b>Gestión de Archivo y Documental</b>		<b>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>					
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>							
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>			
<b>No. DEL RIESGO</b>	<b>NOMBRE DEL RIESGO</b>	<b>MEDIDA DE MITIGACIÓN</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>1CT</b>	<b>2CT</b>	<b>3CT</b>	<b>DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO</b>
<b>R1</b>	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	vitacora (libro) - préstamos 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). 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 verificación in situ y entrevista con el Líder del Proceso para verificar la efectividad de los controles asociados a los riesgos evidenciando que los mismos están implementados, la responsable de Proceso manifestó que el riesgo está en zona alta por lo que se realiza un estricto registro de información de control y actividades de autocontrol como segunda línea de defensa y como parte de la tercera línea de defensa se realiza auditoría interna para verificar el cumplimiento en el diligenciamiento y verificación de los formatos para préstamos de documentos o expedientes conforme a lo descrito en las funciones del área y al Procedimiento GAD-Gestión de Archivo y Documentación. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y abordan las causas que puedan materializar el riesgo, se requiere de tiempo para la madurez del control con el fin de analizar la efectividad del control en el próximo seguimiento.
<b>R2</b>	Errores en el cargue de documentos digitalizados en los expedientes de Historia Clínica electrónica.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Se hace sermanalmente control calidad de tipo aleatorio.. Verificación por parte del personal médico en el momento de la atención del paciente..	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 verificó el cargue del consentimiento informado del 100%, se evidencia adherencia por parte de los responsables de los servicios que cargan los consentimientos, informando al Líder del Procedimiento responsable del cargue de consentimientos los errores encontrados. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar la totalidad de las causas raíz, sin embargo falta madurez del control para mitigar el riesgo.
<b>R3</b>	Inconsistencias en la recepción y radicación de correspondencia que llega al Instituto a la ventanilla de radicación.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Capacitación permanente.. Ante la caída del sistema se utiliza el formato manual GAD-P02-F-08 (Formato de radicación de ventanilla para contingencias). Existe un procedimiento documentado en el SIAPINC .	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 visita y entrevista con el líder del proceso para verificar la implementación de los controles y la efectividad de los mismo quien manifestó que los controles son preventivos que el riesgo está en zona baja, sin embargo las capacitaciones son permanentes, con respecto a la caída del sistema que casi no pasa; los funcionarios están capacitados y preparados para aplicar el plan de contingencia. En este contexto, la Oficina de Control concluye que los controles son suficientes y abordan las causas para mitigar el riesgo.
<b>R4</b>	Distribución errada de comunicaciones oficiales interna o externamente	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	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..	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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó que se han implementado los controles de registro en planillas de oficios recibidos, control de servicios postales, sin embargo falta adherencia a actividades como verificación de direcciones antes de generar la correspondencia. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes y abordan la totalidad de las causas para reducir el riesgo, sin embargo se requiere mayor compromiso de las dependencias en la actualización de direcciones y contactos de los destinatarios.

	<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 16</b>

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	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	
R1	Generar impactos negativos en el Medio Ambiente que ocasionan sanciones al INC por incumplimiento de los requisitos legales aplicable	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			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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó a este seguimiento: El control aplicar el plan institucional de Gestión Ambiental está en ejecución, como mecanismo de control se realiza seguimiento al PIGA, en el Comité de Gestión Ambiental se presentan los avances mensuales del PIGA, como evidencia están las Actas de Comité de Gestión Ambiental. El Manual de Ruta Sanitaria fue socializado y periódicamente se hacen capacitaciones incluyendo en la Inducción y reinducción, evidencia listas de capacitación. La matriz de requisitos legales ambientales existe se actualiza cada año en junio paralelo al PIGA. Por lo anterior la Oficina de Control Interno concluye, que los controles abordan las causas y son pertinentes y suficientes para evitar la materialización del riesgo.	
R2	Incumplimiento contractual de los proveedores de soporte hotelero (alimentos y dietas, vigilancia, aseo y ropería)	EVITAR EL RIESGO	Aplicar listas de chequeo por contrato de aliado de soporte hotelero. informes de supervisión de contrato. seguimiento planes de mejoras.	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 visita y entrevista con el Líder del Procesos quien manifestó: Mensualmente se realiza reunión en la Subdirección Administrativa donde cada Aliado Estratégico presenta los avances mensuales de su contrato, mecanismos de control son las actas e informes mensuales que se presentan a la supervisora del contrato; Se realizan encuestas de satisfacción a los pacientes, las mejoras se implementan con base en la encuesta de satisfacción y/o queja. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles abordan las causas internas, sin embargo no son suficientes al momento de considerar las causas externas, razón por la cual se invita al responsable revisar los controles para garantizar que estos intervengan la totalidad de las causas raíz.	
R3	Incumplimiento contractual de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestructura física	REDUCIR EL RIESGO	informes de supervisión de contrato. A través e la IW21 seguimiento a las órdenes de mantenimiento generadas. Revisión en sitio de las actividades realizadas.	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 visita y entrevista con el Líder del Procesos quien manifestó: A partir del mes de septiembre de 2017 se asignó un nuevo coordinador al Grupo de Infraestructura, quien realiza supervisión estricta de las obligaciones del contrato, como mecanismo de control son los 3 informes de supervisión que han generado apertura de dos procesos administrativos para sanción al contratista. Con la transacción SAP IW21 las áreas solicitan el servicio de mantenimiento en infraestructura, se hace revisión periódica del cumplimiento de las órdenes por medio de los informes que genera el Aliado Estratégico y mantenimiento. Se evidencia el registro de número de órdenes solicitadas, cumplidas y pendientes con tiempo de acuerdo con la prioridad de la orden. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles abordan las causas internas, sin embargo no son suficientes para controlar las causas externas.	
R4	Diseños deficientes y/o incompletos, para obras civiles, remodelaciones, adecuaciones	REDUCIR EL RIESGO	Informes de supervisión de contrato. . .	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 visita y entrevista con el Líder del Procesos quien manifestó: A partir del primer semestre de 2017 se disponía de 2 Arquitectos uno encargado de planimetría generando ventajas en caso de requerirse obras nuevas. El otro profesional se encarga de todos los diseños que se requieran para reordenamiento de áreas, y cuando se requiere una nueva área se contrata el experto en el diseño. De otra parte, se contrató la Interventoría que cuenta con un residente de obra experto en habilitación, actualmente verifica el estado de las áreas, el cumplimiento de la normatividad frente a las obras. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes para abordar las causas raíz internas y externas y se requiere maduración del control.	
R5	Favorecer a un tercero en el no cumplimiento de los términos contractuales y recibir una contraprestación a cambio	REDUCIR EL RIESGO	Reglamento general de las obras. Interventoría y/o supervisión de los contratos tercerizados. Comité de obras (Asesor externo).	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 visita y entrevista con el Líder del Procesos quien manifestó: El reglamento interno de obra existe, se incluye y aplica en todos los estudios previos, se cuenta con una interventoría externa la cual realiza el seguimiento administrativo, financiero y técnico. Los mecanismos de seguimiento y control son los informes y certificaciones de cumplimiento, en todos los comités de obras se realiza presentación de la ejecución y estado de contratos, en este comité se aprueban las decisiones técnicas que se requieran de la contratación. Asimismo, se cuenta con Asesor experto quien verifica y avala todos los estudios previos, avala las decisiones técnicas que se tomen en Comité y asesora a la Dirección General en la toma de decisiones frente a las obras de infraestructura. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes para abordar las causas raíz internas y externas y se requiere maduración del control.	
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.	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 en sitio. Cronogramas detallados de obras y supervisión permanente de las mismas.	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 visita y entrevista con el Líder del Procesos quien manifestó: Anualmente se genera Manual de Mantenimiento, el cual se publica y contiene los mantenimientos preventivos que se hacen en el año, tales como ascensores, aires, plantas eléctricas, calderas, puertas eléctricas, entre otros. En cuanto al mantenimiento correctivo, no se ha disminuido evidenciado en la compra de repuestos, puertas automáticas, debido a que se requiere hacer renovación de equipos no biomédicos. Se realizan diariamente recorridos de obras, con el grupo de expertos, los hallazgos son reportados y se registran a través de la IW21, la solución es rápida de igual forma Copasst realiza recorridos de obra con ambiental e infraestructura, genera el informe el cual revisamos y generamos IW21 para solución de inmediato. La Interventoría solicita a los contratistas el cronograma de obra, y realiza reuniones técnicas, verificando el cronograma, presupuesto, impacto que la obra trae como consecuencia la habilitación de infraestructura. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes para abordar las causas raíz internas y externas y se requiere maduración del control.	



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-I10-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 16</b>

<b>Gestión Comercial y del Ingreso</b>		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.					
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>							
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO CORTE A 30 DE ABRIL DE 2018</b>			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	NO CONTAR CON LA LIQUIDEZ PARA ASEGURAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL INC	REDUCIR EL RIESGO	Ranking para contratación. Fijación de índices mínimos de radicación, glosas, devoluciones y conciliaciones. Fijación de metas de recaudo y reporte a antes 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 visita y entrevista con la funcionaria responsable del control a los riesgos del Proceso, quien manifestó que en el primer trimestre de 2018, el indicador muestra que es muy bajo el 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 le informa la situación a las directivas del Instituto, quienes adoptan las decisiones pertinentes.</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 un 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 realizará en forma mensual con el indicador plan de intervención de la glosa.</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)	REDUCIR EL RIESGO	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>Los controles son preventivos, están documentados e implementados, el Líder del Proceso manifestó que los Informes de Supervisión e Interventoría se realizan periódicamente y se envían a contratación precisando 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>

<b>Docencia</b>		<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	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Incumplimiento de la normatividad y seguimiento a protocolos institucionales por parte de los estudiantes.	REDUCIR EL RIESGO	Verificar que las rotaciones tengan anexo técnico. Realizar capacitación sobre anexos técnicos. Solicitar en los CODA a las IES la socialización de los anexos técnicos a los estudiantes..	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 la Líder del Proceso y la profesional especializada quienes manifestaron que el control definido para el riesgo no es pertinente ni suficiente para intervenir las causas raíz y disminuir el riesgo por tal motivo se revisará el Mapa de Riesgos y se rediseñará.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno considera importante que para el próximo seguimiento de la efectividad de los controles se realice con base en el Mapa de Procesos rediseñado.</p>
R2	Disminución en la calidad de la docencia	REDUCIR EL RIESGO	Resolución 01013 "Por la cual se establecen algunas disposiciones administrativas de carácter interno para el personal que desarrolla con funciones de docencia en el INC, de Diciembre de 2014..."	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 de la efectividad de los controles asociados al riesgo se realizó visita y entrevista con la líder del proceso y el profesional especializado, quienes manifestaron: El control definido para el riesgo 1 no es pertinente ni suficiente para mitigar y/o disminuir el riesgo. Se requiere rediseñar el Mapa de Riesgos del Proceso Docencia.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno considera importante que para el próximo seguimiento de la efectividad de los controles se realice con base en el Mapa de Procesos rediseñado.</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 16</b>	

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			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Contaminación microbiológica de los alimentos o de los productos en general usados en nutrición.	REDUCIR EL RIESGO	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..	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R2	No garantizar los derechos de los pacientes.	REDUCIR EL RIESGO	Programa de Humanización. Implementación de las líneas de Acción (Comunicación: Seguimiento a la apropiación de derechos y deberes) . Socialización periódica de derechos y deberes cliente interno.	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 solicitó información del primer cuatrimestre de 2018 sobre el seguimiento realizado por el Líder del Proceso y se verificó con la información registrada en los Sistemas de Información con que dispone el Instituto evidenciando: El Instituto cuenta con Programa de Humanización 2018 que promueve atención humanizada durante la prestación de los servicios mediante trato digno, compasivo y respetuoso de su autonomía y demás derechos del paciente y su familia. Para dicho seguimiento se crea formato para evaluación de derechos y deberes que será realizada a los pacientes con el objetivo de evaluar el conocimiento de los pacientes frente a sus derechos y deberes este control está en implementación. En cuanto a las estrategias planteadas para la línea de acción en la dimensión de usuario externo, derechos y deberes, desde la Coordinación de Gestión a Usuarios se realiza la divulgación en los diferentes espacios dentro de la atención y entrega de la guía del usuario para la atención en salud, en el servicio de admisiones e ingreso hospitalario, durante la consulta de trabajo social en los diferentes servicios (informe social), mediante el canal interno de televisión en salas de espera. Se realiza cronograma de socialización para profesionales y funcionarios de las diferentes consultas, administrativos y tercerizados para el periodo mayo a noviembre de 2018 en el cual se realizará evaluación de conocimiento para obtener resultados frente a la apropiación y conocimiento de los derechos y deberes. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluyó la fecha de este seguimiento a oficina de control interno concluye que los controles intervienen las causas internas y externas para reducir el riesgo. Así las cosas se recomienda continuar con la implementación del mecanismo de control y registro de información para evaluar el conocimiento de los pacientes frente a sus derechos y deberes, con el fin de evaluar en próximo seguimiento la efectividad del control asociado al riesgo.
R3	Presentación de barreras que generan baja calidad en la atención médica	REDUCIR EL RIESGO	Encuesta de satisfacción del usuario y PQR. Procedimientos documentado del Grupo área "Sporte Oncológico". Programa de seguridad del paciente..	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R4	Prestar un servicio asistencial sin identificación, prevención y mitigación de aquellos riesgos de seguridad del paciente que pueden ser prevenibles o evitables.	REDUCIR EL RIESGO	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.	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R5	Baja adherencia a procesos, protocolos y guías institucionales y poco sentido de pertenencia por parte del personal de enfermería	REDUCIR EL RIESGO	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.	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 análisis de evaluación de los controles asociados a los riesgos, evidenciándose que los controles no intervienen la totalidad de las causas raíz para reducir el riesgo. En este sentido se recomienda al responsable de la implementación el control revisar el análisis y valoración del riesgo.
R6	Pérdida de especimen anatómopatológico.	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (Recepcion, almacenamiento traslado de muestras). Lista de chequeo de salida del paciente..	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R7	Realizar procedimiento quirúrgico, sitio o paciente equivocado.	REDUCIR EL RIESGO	listas de chequeo antes, durante y después.. Parada de seguridad antes y durante(cirugía prolongada) . Procedimiento de marcación de sitio operador/ tablero de identificación de paciente por sala de cirugía.	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R8	Incidentes relacionados con cuerpos extraños o instrumentos dejados en área quirúrgica. (Presencia de oblitos)	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (conteo de elementos quirúrgicos). Tablero de control por sala de cirugía..	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.
R9	No garantizar la dosis prescrita.	EVITAR EL RIESGO	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.	X			La Oficina de Control Interno registra que no se obtuvo información por parte del responsable del Proceso para realizar el análisis de la efectividad de los controles.



	<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 16</b>


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 CON CORTRE A ABRIL 30 DE 2018			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	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.	REDUCIR EL RIESGO	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..	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 in sitio para verificar la aplicación de los controles asociados a los riesgos del Proceso evidenciándose:</p> <p>1) Laboratorio Clínico lleva registro de información por medio del indicador de ordenes anuladas con información así: feb 2017 total ordenes anuladas 16 de las cuales por fallas en el cumplimiento de preparación 72% y en febrero de 2018 total anuladas 26 de las cuales por fallas en el cumplimiento de preparación 21% , marzo 2017 total anuladas 12 de las cuales por fallas en el cumplimiento de preparación 41% y marzo 2018 anuladas 13 de las cuales por fallas en el cumplimiento de preparación 15.3%.</p> <p>2) Radiología: Dispone del indicador de cancelación en los servicios, se inició el registro de información a partir del mes de octubre, evidenciándose incremento en el reporte. Para 2018 se iniciará la recolección de información en el servicio de Angiografía. Radiología: El 95 % de lo reportado es de hospitalización.</p> <p>3) Medicina Nuclear: Se revisaron los principales motivos identificados de inasistencia en:</p> <p>1. Ambulatoria: Paciente en mal estado, Paciente con problemas de transporte, Paciente confundido fecha, Paciente no confirma asistencia, Paciente no se pudo contactar.</p> <p>2. Hospitalización: No trasladan al paciente, tratante cancela, trasladan al paciente a otro servicio, Paciente en mal estado, Paciente le dan salida después de confirmar estudio, Paciente mal solicitado.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles han abordado la totalidad de las causas y son suficientes para mitigar el riesgo.</p>
R2	Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología.	REDUCIR EL RIESGO	Ejecución de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Laboratorio). Solicitud de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Patología y Radiología) .	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>En laboratorio clínico se evidencia la implementación de controles y registro de información a partir del mes de octubre de 2017 mediante tablero estadístico en SIAPINC 4 indicadores por Proceso indicador; índice de muestras mal identificadas en laboratorio pacientes hospitalizados.</p> <p>Radiología: La mayoría de estudios devueltos, 90% es por falta de imágenes, y 10% por estudios incompletos por falta de colaboración del paciente. El 100% es corregido y verificadas las imágenes en el sistema por demora en el paso de las imágenes por parte del tecnólogo al momento de esta verificación no se evidencia como causa "falla en la identificación y/o pérdida de las muestras.</p> <p>Patología: A partir de octubre de 2017 ingreso máquina que marca las láminas y bloques con destino a estudio, minimizando el riesgo que la marcación con el lápiz se borre. Con respecto a las muestras de VPH, se evidencia adherencia al procedimiento documentado, no se registra falla en la identificación ; de igual forma a partir del mes de octubre de 2017 se implementó el control manual de devoluciones evidenciando como principales causas: no realizaron orden para facturar muestra y devolución por estar mal facturado el servicio más no por falla en la identificación.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles han abordado la totalidad de las causas y son suficientes para reducir el riesgo.</p>
R3	Inoportunidad en la entrega de radiofármacos / resultados de exámenes diagnósticos.	REDUCIR EL RIESGO	Verificación de orden de producción, el día anterior a la realización de los estudios. (Radifarmacia / Medicina Nuclear). Verificación de funcionamiento de sistema de información propio. (Laboratorio/Patología/Radiología/Medicina Nuclear) .	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 in sitio evidenciando que a pesar de tener implementados los controles la información muestra inoportunidad en la entrega de radiofármacos.</p> <p>Los controles para inoportunidad en la entrega resultados de exámenes diagnóstico en los servicios de Radiología, Laboratorio Clínico y Patología, los resultados los genera automáticamente al Sistema. Si el resultado es urgente existe la posibilidad de imprimir el resultado si el sistema falla, este control se mide con indicadores por proceso registrados en SIAPIN 4 evidenciando oportunidad dentro del límite establecido.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno recomienda revisar que los controles, con el fin que los mismos intervengan la totalidad de las causas raíz para mitigar el riesgo.</p>
R4	Solicitud equivocada de radiofármacos y/o entrega de resultados errados.	REDUCIR EL RIESGO	Verificación de orden de producción, el día anterior a la realización de los estudios. (Radifarmacia / Medicina Nuclear). Verificación de funcionamiento de sistema de información propio. (Laboratorio/Patología/Radiología/Medicina Nuclear). Validación de resultados por parte de profesional a cargo, teniendo como base la HC del paciente (Laboratorio/Patología/Radiología/Medicina Nuclear)..	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 que para Medicina Nuclear Nuclear se sigue verificando la orden de producción el día anterior al procedimiento, este control es preventivo, a la fecha de este seguimiento no se evidencian registro de información de solicitud equivocada de radiofármacos, se garantiza entrega de resultados correctos mediante validación en el Laboratorio; en radiología se apoya en el sistema de información propio en cuanto a falta de imágenes para que sea corregido inmediatamente además de hacer lectura por pares a partir de diciembre 2017. Para patología los resultados son validados por los Patólogos después de una lectura realizada por los residentes.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son suficientes, cubren la totalidad de las causas raíz para reducir el riesgo, sin embargo se requiere mayor madurez de los registros de información del control para reducir el riesgo.</p>
R5	Malversación de insumos, equipos, dispositivos médicos y recursos institucionales.	EVITAR EL RIESGO	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 depositos 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).	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 en cada sitio y se solicitó al área encargada el resultado de inventario a 31 de diciembre de 2017 de: laboratorio clínico, patología, medicina nuclear, radiología y radiofarmacia, con el fin de verificar la implementación y efectividad de los de los controles asociados al riesgo.</p> <p>Al verificar el resultado de los inventarios a 31 diciembre de 2017 de los citados servicios, se evidenció que a pesar de estar implementado el control, se siguen presentando diferencias de las existencias físicas frente a los registros del Sistema en laboratorio clínico, medicina nuclear y patología.</p> <p>En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles abordan las causas y se requiere nuevo seguimiento para el análisis de la efectividad de los controles que mitiguen la materialización de los riesgos.</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 16</b>		


Gestión del Sistema de Desempeño Institucional		Direccional 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	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO	
R1	Deficiencias en la elaboración de los informes de auditoría interna (Borrador y final).	REDUCIR EL RIESGO	Preventivo: Capacitación en Auditoría Interna Combinada/ Sistema Gestión Integrada. Documentada en GSI-P10. Preventivo: Actualización anual a los auditores del INC. Documentada en GSI-P10. Preventivo: Revisión de los informes por parte del Auditor Líder y OCI. Documentada en GSI-P10.	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 evidenció que los controles definidos para abordar las causas raíz y evitar la materialización de los riesgos se encuentran implementados. El Instrumento para recolección de la información del indicador se soporta con el formato GSI-P10-F07 Evaluación del Auditor, componente competencias del auditor. En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que el registro de la información después de implementados los controles se verá reflejado luego de la ejecución de las Auditorías programadas para la vigencia 2019. Así mismo, permitirá en su momento el análisis de la efectividad de los controles.	
R2	Incumplimiento en la ejecución y cierre de los planes de mejora	REDUCIR EL RIESGO	Preventivo: Envío previo de correos electrónicos informando las acciones vencidas objeto de seguimiento. Documentada en correos.. De Dirección: Indicador de cierre de acciones. Documentada en SIAPINC. Evaluación de riesgos por proceso. .	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 implementó control preventivo mediante envío de correos electrónicos a los responsables de la mejora continua, informando las acciones objeto de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno. Esta labor se realizó de manera mensual durante el año 2017 y lo corrido de la vigencia 2018. Este control no ha intervenido la causa raíz en razón a las distintas situaciones que se presentan al momento de realizar el seguimiento en la fecha programada para tal fin. El indicador E- Porcentaje de cierre de acciones de mejoramiento, evidencia que los controles implementados no son efectivos debido a: 1. Los registros y análisis del indicador evidencian un comportamiento inversamente proporcional. 2. Modificación de nueva fecha de cierre de la acción. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles definidos para abordar las causas raíz y controlar la materialización el riesgo están implementados, sin embargo no son suficientes para intervenir las causas raíz, razón por la cual se recomienda a los responsables realizar nuevamente las valoraciones de los controles para este riesgo, con el fin de realizar en el próximo seguimiento el análisis de la efectividad los controles para reducir el riesgo.	
R3	Posibilidad de condenas en demandas derivadas de la prestación del servicio del INC	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			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: En cuanto a los controles: Protocolos institucionales y guías de manejo, Guías práctica clínica segura, paquetes instruccionales contemplado por el programa de seguridad del paciente, el actual Sistema de información SIAPINC, permite el registro (apertura y Cierre) de actos relacionados con la seguridad del paciente. A partir de la vigencia 2015 se está trabajando con el reporte de eventos adversos por lo tanto el número de eventos adversos ha aumentado progresivamente a partir de dicha vigencia, en consecuencia aun no es posible analizar la efectividad de los controles basado en el índice de eventos adversos implementado a partir de este año. En esta contexto, la Oficina de Control Interno recomienda adicionar a los controles, un Procedimiento de información clara a los familiares del paciente y manejo inmediato del evento adverso, con el fin de disminuir sus consecuencias y evitar eventuales demandas en contra del Instituto.	
R4	Incumplimiento de la normatividad general aplicada a la Institución por entes reguladores. (Habilitación, Certificaciones de Buenas Prácticas (INVIMA), derechos laborales, entre otras).	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 cabos normativos aplicadas a la institución..	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 observó falta de precisión en la descripción de las causas, los controles son pertinentes y suficientes para intervenir las causas raíz. El levantamiento de la matriz de riesgos del Proceso se realizó en noviembre de 2017, por consiguiente el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos se realizara en el próximo seguimiento.	
R5	Respuesta inoportuna a derechos de petición, quejas, requerimientos o demandas.	EVITAR EL RIESGO	SIAPINC (Tablero de control). Evaluación del desempeño a funcionarios del área.. Seguimiento e informe a actividades..	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: El Riesgo: "Respuesta inoportuna a derechos de petición, quejas, requerimientos o demandas" es transversal; revisados los controles para eliminar las causas raíz se evidencia que no intervienen en la totalidad. Esto se puede evidenciar en los hallazgos del Informe de Seguimiento a la Gestión de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos del segundo semestre de 2017.	
R6	No lograr el mejoramiento continuo de la Calidad de la Atención en Salud	REDUCIR EL RIESGO	Política de Calidad. Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud. Autoevaluaciones de control de condiciones de habilitación.	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 evidenció que a la fecha, que la Política de Calidad esta en proceso de actualización, según plan de mejora PMA-17-006, con vencimiento 15 de enero de 2018. Por norma cada año el Instituto realiza autoevaluaciones de las condiciones de habilitación, certificando su cumplimiento ante la Secretaría de Salud. El resultado de la última visita de la citada Secretaría no fue satisfactoria, razón por la cual se están gestionando obras para subsanar los hallazgos evidenciados. El levantamiento de la matriz de riesgos del Proceso se realizó en noviembre de 2017, por consiguiente el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos se realizara en el próximo seguimiento.	
R7	Pérdida de imagen institucional relacionado con situaciones de comunicaciones.	REDUCIR EL RIESGO	Voceros asignados para cada tema específico de comunicación. . GSI-P08 PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL. Comité de Crisis .	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: Los controles definidos para reducir el riesgo no intervienen las causas raíz tanto internas como externas, tal como se evidenció en el desconocimiento del Procedimiento, de los servidores públicos. El levantamiento de la matriz de riesgos del Proceso se realizó en noviembre de 2017, por consiguiente el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos se realizara en el próximo seguimiento.	
R8	Pérdida de credibilidad e imagen corporativa debido al no cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos.	REDUCIR EL RIESGO	Planeación y elaboración del direccionamiento estratégico cada 4 años de acuerdo al período de gobierno para el PDI PR_direccionamiento SIAPINC. Planeación operativa de acuerdo a la misión institucional anuales. PR_Direccionamiento estratégico. . Estudio de prospectiva, requerimiento de los grupos focales, los resultados de planeaciones anteriores..	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: No se evidenció control para intervenir la totalidad de las causas internas y externas como es el caso de ausencia de una política pública, falta designación de recursos. Así mismo, no se tiene en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas y su participación. En este contexto, es importante que el Líder del Proceso revise las causas raíz internas y externas así como los controles que intervengan y reduzcan el riesgo. El levantamiento de la Matriz de riesgos del Proceso se realizó en noviembre de 2017, por consiguiente el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos se realizara en el próximo seguimiento.	

	<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 11 de 16</b>	

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	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Generación inoportuna de respuesta a las PQRS	REDUCIR EL RIESGO	Actividad documentada - respuesta preliminar . Seguimiento permanente a las respuestas. Modulo PQR Siapinc 4 .	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: El riesgo es transversal, revisados los controles para eliminar las causas raíz se evidencia que estos no intervienen totalidad de las mismas, tal como se evidencia en el Informe de Seguimiento a la Gestión de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos del segundo semestre de 2017. En este contexto la Oficina de Control Interno recomienda que los responsables revisar los controles, con el fin de intervenir la totalidad de las causas y registrar la información, la cual será base para realizar el análisis de efectividad de los controles asociados al riesgo en el próximo seguimiento.
R2	Caida del paciente durante el proceso de 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 seguimiento al análisis del indicador de caída del paciente durante el proceso de atención en los servicios de consulta externa y hospitalización evidenciando que los controles son suficientes y pertinentes para abordar las causas raíz para reducir el riesgo, sin embargo este continúa materializándose, por consiguiente el control requiere tiempo de madurez y registros de información para el próximo seguimiento.
R3	Respuesta inoportuna a las solicitudes de remisión	REDUCIR EL RIESGO	Asignación de un médico dedicado a referencia y contrarreferencia. Seguimiento permanente a través de indicador . Comunicación efectiva con el call center .	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 visita de verificación y entrevista con la Líder de l Proceso evidenciando que los controles están implementados, son adecuados y suficientes para reducir el riesgo, lo cual se constató con los registros medición del indicador.
R4	Dispensación errónea de medicamentos	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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó: Los controles se encuentran implementados, el perfil farmacéutico es un documento diligenciado diariamente sirve de filtro para detectar errores en la dispensación de medicamentos, la validación de la información y autocontrol se realiza a diario en los consultorios farmacéuticos. En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles están implementados, sin embargo no son efectivos para evitar el riesgo ante lo cual se recomienda que los responsables revisen nuevamente el riesgo en todas sus etapas.
R5	Infecciones intrahospitalarias	REDUCIR EL RIESGO	Estrategia lavado de manos . Auditoria interna . Programa de vigilancia y control de antimicrobianos .	X			La Oficina de Control Interno registra que no fue posible obtener información suficiente par realizar el analisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.
R6	Identificación errónea del paciente	REDUCIR EL RIESGO	Actividad documentada . Rondas diarias . Capacitación periódica al personal que interviene en la identificación del paciente. .	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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó que las herramientas para ejercer el control están implementadas y controladas. A partir de enero de 2018 se inició la actividad de identificar los riesgos de alergias caídas, flebitis química, LPP, (lesiones por presión, en el rotulo y manillas de identificación contribuyendo a la seguridad del paciente. En el periodo de enero a abril de 2018 el cumplimiento general de identificación del paciente es del 90%. En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son adecuados y abordan las causas para reducir el riesgo, se espera para el próximo seguimiento la madurez del control permita controlar las causas en su totalidad.
R7	Pérdida de medicamentos de alto costo	REDUCIR EL RIESGO	Custodia permanente del medicamento en la farmacia / entrega en unidosis y preparado. Marcación 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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó: Los controles se encuentran implementados y no se ha reportado ningún evento relacionado al robo o pérdida de medicamentos. El inventario corresponde al Aliado Operador y cuenta con medidas de aseguramiento y protección del mismo (control diario, entregas de turno y vigilancia continua de inventario). En este contexto la Oficina de Control Interno evidencia que los controles están implementados son pertinentes y suficientes para abordar las causas y reducir el riesgo.
R8	Pérdida del instrumental que ingresa y sale de la central de esterilización	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 visita y entrevista con el Líder del Proceso quien manifestó: Los controles se encuentran implementados así: La actividad documentada socializada e implementada. El inventario se realiza a diario en todos los turnos. Como ejercicio de auto inspección desde la Coordinación del servicio de esterilización se realizan revisiones aleatorias al inventario una vez por semana, realizando los correctivos de forma inmediata previniendo de esta manera la pérdida de algún instrumento o dispositivo. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y han evitado la materialización del riesgo.


	<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 12 de 16</b>

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	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	
R1	Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	EVITAR EL RIESGO	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 contractualmente. Efectuar capacitaciones periódicas a los supervisores designados..	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: Para el análisis de la efectividad del control se realizó visita en trabajo de campo evidenciando que a pesar de implementación de los controles falta adherencia por parte de los responsables de ejercer las funciones de supervisión e interventoría en la fecha de realizar este seguimiento existe información de devolución informes de supervisión o interventoría y certificación de ejecución de los contratos así, por los meses de noviembre y diciembre de 2017, 330, abril y mayo de 2018, 43, a lo que la Oficina de control interno concluye que falta maduración del control. Con respecto del control "designar a los supervisores o interventores de acuerdo a la experiencia profesional este se encuentra documentado en el GDG-P02-M01 Manual de Contratación numeral 6.4.3 responsabilidades de la fase de ejecución, sin embargo se evidenció que el control requiere tiempo para su maduración.	
R2	Errores en la designación de la modalidad, en elaboración o publicación de los términos de condiciones, o demoras en el inicio de los procesos de selección o declaratorias de desiertas.	REDUCIR EL RIESGO	1. Estudios previos o justificación técnica de acuerdo con las modalidades de selección y las orientaciones definidas en el Estatuto y Manual de Contratación del Instituto, con el fin que los terminos de condiciones vayan alineados a las necesidades institucionales. 2.Taller práctico sobre elaboración de estudios y documentos previos para las modalidades de contratación. - Taller práctico sobre la elaboración del documento de insumos técnicos para la elaboración de estudios previos para las modalidades de selección: Convocatoria pública, invitación a cotizar y contratación directa. Dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación, en lo que corresponde a la elaboración de términos de condiciones y surtir la publicación o notificación de los mismos en los parámetros establecidos en el instructivo de Gestión Contractual y en los términos indicados en el 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: Se realizó visita y revisión de documentos soportes evidenciando que a pesar de tener documentados e implementados los controles, las causas se siguen presentado aunque en menor proporción, tal como se observó en el registro de devoluciones de estudios previos para corrección por parte de los responsables. Esta situación tipifica la falta de maduración del control.	
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 oherente.	ASUMIR EL RIESGO	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. Seguimietno periódico al 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: Se realizó verificación en documentos y Sistemas de Información evidenciando la existencia de los controles e implementación de mecanismos para el registro de información. (GDG-P02-F-02 "Estudio previo para convocatoria Pública e invitación a cotizar", que incluye análisis del sector). Revisando los puntos de control implementado a partir del 2018 en el sistema de información SAP transacción ZPP-FOI, se evidencia que las áreas continúan solicitando elementos no incluidos en el plan de necesidades inicial, dependiendo de la novedad el control requiere de autorizaciones se espera para la vigencia 2018 se elimine esta causa raíz.	
R4	Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	COMPARTIR O TRANSFERIR	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. .	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: Para realizar el análisis de la efectividad de los controles se realizó entrevista con el responsable de la implementación de los controles quien manifestó que a pesar de la implementación las causas raíz aún persisten, falta madurez del control para lograr su efectividad.	
R5	Peculado por destinación.	EVITAR EL RIESGO	Capacitación continua a los funcionarios . Actualización de la normas . .	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 responsable de la implementación de los controles quien manifestó que los controles han sido efectivos, los funcionarios reciben capacitación virtual y presencial en los temas presupuestales.	
R6	Devolución de dineros a personas que no corresponden por concepto de prestación de servicios no realizados.	EVITAR EL RIESGO	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. . .	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: Para analizar la efectividad del control se entrevistó al responsable del Procedimiento quien manifestó que el riesgo se materializó en una ocasión, con posterioridad a este evento se implementó el control. Adicionalmente no se aceptan autorizaciones, si el paciente presenta cuenta corriente o de ahorros se realiza transferencia. Lo anterior evidencia la efectividad del control.	

	<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 13 de 16</b>

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			
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	2CT	3CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	No adquirir los equipos de tecnología biomédica que satisfacen las necesidades del INC	REDUCIR EL RIESGO	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).	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 visita y entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: Para realizar el análisis el Procedimiento actual permite el control para adquisición de equipos por el Macroproyecto o proyecto para fortalecimiento de tecnología biomédica. En SAP se creó la transacción ZPPFOI, facilitando visualizar la inclusión de ítems de nuevas tecnologías. La medición del impacto de que el equipo cubra las necesidades del Instituto se iniciará a partir de 2019. Para abordar las causas externas en el mes de febrero de 2018 el Instituto convocó a proveedores para audiencias, reuniones aclaratorias de términos; así mismo se les solicitó información para construir las fichas técnicas de los equipos de tecnología biomédica. En este contexto la Oficina Control Interno concluye que los controles intervienen las causas internas y externas, son pertinentes y suficientes para reducir el riesgo.
R2	Valoración inadecuada de la tecnología biomédica que requiere el INC	REDUCIR EL RIESGO	Listado de necesidades de tecnología biomédica - Plan de necesidades. Comité de gestión de tec (ev. Las neces de alto costo y alto riesgo). Macroproyecto Fortalecimiento de tecnología biomédica 2016-2021.	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 visita y entrevista con el funcionario encargado de verificar la aplicación del control quien manifestó: El listado de necesidades se genera con tres criterio de habilitación; se corrió matriz de índice de obsolescencia (evaluación técnica, clínica y económica). De otra parte, se actualizó la ficha del macroproyecto mediante metodología MGA del DNP. Adicionalmente se contrató Ingeniero Biomédico especializado en gerencia de proyecto para Gestionar el Proyecto. En este contexto la Oficina Control Interno concluye que los controles intervienen las causas internas y externas y son pertinentes y suficientes para reducir el riesgo.
R3	Incumplimiento con el objetivo de los proyectos en términos de oportunidad y de costos	REDUCIR EL RIESGO	Contrato. Cronograma del proyecto. Supervisión de contrato y proyecto.	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 visita, verificación y entrevista con el responsable de la implementación del control quien manifestó: Desde los estudios previos se incluye las supervisiones de los líderes de las áreas del proyecto. En Acta de inicio se evidencia mecanismo de medición con la entrega del cronograma del proyecto y reuniones de seguimiento. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles intervienen las causas raíz son suficientes y adecuados para controlar el riesgo.
R4	Cumplimiento inadecuado de los proveedores que prestan los servicios de mantenimiento	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento al contrato. Efectuar pagos de acuerdo al cumplimiento del contrato. Informe de supervisión.	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 visita de verificación y entrevista con los responsables de la implementación del control quienes manifestaron: Se cambió la modalidad de contratación de mantenimiento preventivo con bolsa de repuestos lo cual permite oportunidad y gestión de recursos económicos. Dentro de las obligaciones contractuales se incluyeron los tiempos de respuesta y resolución. Se asignó funcionario encargado de la supervisión y seguimiento contractual, generando resultados de gestión de su labor. Con respecto al seguimiento al contrato el Área de Sistemas solicita informe mensual de soporte y mantenimiento como requisito de facturación. Se realiza informe de supervisión técnica periódica, el cual se envía al Grupo Área de Contratación como mecanismo de control. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles abordan la totalidad de las causas raíz, son suficientes y adecuados para reducir el riesgo.
R5	Perdida de información	REDUCIR EL RIESGO	Política de seguridad informática. Estrategia de Backups. 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 visita, verificación y entrevista con el responsable de la implementación del control quien manifestó: La Política de Seguridad está documentada y publicada, de la misma se derivó el Manual de Políticas donde sea abordados los lineamientos bajo los criterios del Ministerio de Tecnologías de la Información MINTIC. Estrategia de Backups y planes de contingencia por cada uno de los Sistema de Información que dispone el Instituto. Las causas internas están documentadas dentro de las políticas; los ataques externos de virus o hacker se controlan mediante servidor de UTM. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles intervienen las causas raíz son suficientes y pertinentes para controlar el riesgo.
R6	Perdida de gestión del conocimiento y curva de aprendizaje por rotación del personal	COMPARTIR O TRANSFERIR	Política de talento humano. Capacitación periódica y de inducción al talento humano que se vincula como nuevo. .	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 visita de verificación y entrevista con los responsables de la implementación del control quienes manifestaron: En la participación de la actividad de inducción y reincorporación donde se socializa el Procedimiento y la Política. Capacitación técnica del módulo NEORIS en reunión interna con personal del Grupo. Para el Grupo de Sistemas, la inducción y reincorporación de cada fase, se realiza mediante la plataforma virtual. Se dispone en mesa de ayuda con disponibilidad permanente para soporte al cliente interno. Se realizan capacitaciones periódicas al personal en cumplimiento al Plan de Capacitación. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles intervienen las causas raíz, son suficientes y pertinentes para controlar el riesgo.
R7	Fallas en la supervisión técnica y administrativa	REDUCIR EL RIESGO	Manual de funciones técnicas. Manual de funciones administrativas. Informe de supervisión.	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 visita de verificación y entrevista con los responsables de la implementación del control quienes manifestaron: Para el Grupo de Almacén se realizó distribución de funciones y reforzamiento del mismo. En el Área de Sistemas la asignación de supervisión es compartida entre el área técnica y el responsable del Proceso. Se realizan reuniones de supervisión con los contratistas y como mecanismo de control se dispone de los Informe y Actas. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles intervienen las causas raíz son suficientes y adecuados para controlar el riesgo.




	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-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 14 de 16</b>	

Gestión y Desarrollo Del Talento Humano		#¡VALOR!		SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN				
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS				SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO				
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	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	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, ARL, 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 tramite 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			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 visita y entrevista con el Líder del Proceso y los funcionarios responsables de la implementación de los controles quienes manifestaron: Control N° 1. Dentro de los estudios previos se incluye la totalidad de las exigencias de las obligaciones laborales tales como: Seguridad y Salud en el Trabajo, ARL, Salud, Pensión al igual que los requisitos técnicos habilitantes. Control N° 2 Se evidencia dentro del contrato como obligaciones laborales póliza que ampara el pago de salarios y prestaciones sociales. Control N° 3 La Supervisión Administrativa realiza verificación de la factura con el soporte de pago el cual se anexa el respectivo informe. En este contexto, la Oficina de Control Interno evidencia que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y evitar el riesgo.	
R2	Manipulación de la nóminas (Planta y supernumerarios) y ordenes de pago en favor propio o de un tercero (Riesgo de corrupción)	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			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 visita y entrevista con el Líder del Proceso y los funcionarios responsables de la implementación de los controles quienes manifestaron: Control N°: 1 Los Módulos del SAP HCM y FI están integrados, así mismo vigilado con rol y perfil. Control N°: 2 El Sistema de Información SAP está parametrizado con la normativa del Instituto. Control N°3 Actividad de prenomina realizan entre el técnico de nóminas y Coordinador del Grupo de Planificación del Talento Humano, generando como mecanismo de control Acta Institucional; este control se hace aleatorio y se deja observaciones en acta. 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.	
R3	Que el evaluador no concerte compromisos dentro de los terminos establecidos en la ley a los funcionarios de carrera administrativa o dentro de los parametros establecidos en la norma.	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 lo calificadoros para el cumplimiento de la evaluación. Se envía listado a la Dirección General para que los comprometa a cumplir con la evaluación..	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 visita y entrevista con el Líder del Proceso y los funcionarios responsables de la implementación de los controles quienes manifestaron: En enero de cada año se realiza Circular para Subdirectores, Jefes de Oficina, Asesores, Coordinadores de Grupo Área y Grupo informándoles los criterios para para concertación de objetivos y evaluación para funcionarios en nombramiento provisional, planta temporal y funcionarios en carrera, tal como se evidencia en la circular INT -CIR-00001-2018 INT -CIR-00003-2018 INT -CIR-00008-2018. En caso de incumplimiento se notifica a los calificadoros por medio electrónico. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.	
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	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			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 visita y entrevista con el Líder del Proceso y los funcionarios responsables de la implementación de los controles quienes manifestaron: Control N°: 1 Cuenta con Manual de Contratistas y lista de chequeo de cumplimiento y de acuerdo con ésta se envían los soportes y firma por el representante del contratista y el Coordinador del Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo. Control N°: 2 Dentro de los requisitos habilitantes se exige el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo afiliación a ARL, EPS y clasificación de acuerdo con el riesgo. Control N° 3 Se envía correo electrónico a la Coordinadora de Gestión Ambiental y Coordinador de la Empresa de Seguridad, con el fin de autorizar para autorizar el ingreso del contratista al Instituto. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.	
R5	Instalaciones físicas no adecuadas para almacenamiento y archivo de las historias laborales y ocupacionales	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			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 visita y entrevista con el Líder del Proceso y los funcionarios responsables de la implementación de los controles quienes manifestaron: Control N° 1. Las historias laborales están digitalizadas y se conservan en archivo físico. Control N° 2 Se evidencia implementación del registro de información para préstamo de documentos. Control N° 3 Se continua con la digitalización de historias ocupacionales con avance de 70%. Así mismo se dispone de Procedimiento actualizado y hoja de control. Control N° 4 Se maneja el consentimiento informado tanto de consulta como de envío de las historias ocupacionales por parte del funcionario. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz para controlar el riesgo.	

En el período de seguimiento enero-abril de 2018, no todos los Líderes de Proceso, realizaron monitoreo y seguimiento a los riesgos tal como lo dispone la Política de Administración del Riesgo (Resolución 0660 de 2017):




	<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 15 de 16</b>			

- **Evidencia N° 1:** Con fecha 4 de mayo de 2018 la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico solicitó a los Líderes de los Procesos, enviar a más tardar el 9 de mayo de 2018 registro de las evidencias sobre el monitoreo a los riesgos con corte a 30 de abril de 2018. Revisadas las respuestas allegadas se observa que no todos los responsables de Procesos respondieron el correo con la información solicitada.
- **Evidencia N° 2:** En los meses de mayo y junio de 2018 la Oficina de Control interno agendó reuniones con cada Líder de los catorce (14) Procesos, con el fin de verificar la implementación de controles. Así las cosas, al momento de realizar el seguimiento de los Proceso de Gestión Contable y Unidades Funcionales de Tratamiento no evidenciaron registro de información relacionados con el seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de los Líderes de tales Procesos.

**RESUMEN RIESGOS CON SEGUIMIENTO  
A 30 DE ABRIL DE 2018**

<b>NOMBRE DE PROCESO</b>	<b>RIESGOS ALTOS Y EXTREMOS</b>	<b>RIESGOS MODERADO Y BAJOS</b>	<b>TOTAL RIESGOS CON SEGUIMIENTO</b>
Gestion del Sistema de Desempeño Institucional	3	5	8
Diagnóstico y Estadificación	3	2	5
Unidades Funcionales de Tratamiento	7	2	9
Gestion de Apoyo Clínico	5	3	8
Docencia	1	1	2
Investigaciones	3	3	6
Salud Publica	2	2	4
Gestion y Desarrollo del Talento Humano	0	5	5
Gestion Hotelera y Ambiental	5	1	6
Gestion de Archivo y Documental	2	2	4
Gestion del Gasto	4	2	6
Gestion Contable	2	3	5
Gestion Comercial y del Ingreso	0	2	2
Gestion de la Tecnología	3	3	6
<b>TOTALES</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>76</b>

	<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 16 de 16</b>

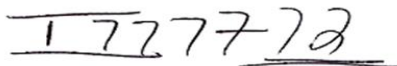
### CONCLUSIONES

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, Moderado y Bajos.
2. La Oficina de Control Interno evidenció que el instrumento adoptado por el Instituto para el levantamiento del Mapa de Riesgo por Procesos continúa sin implementarse en SIAPINC 4 hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
3. Algunos 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).
4. En términos generales a la fecha de corte de este seguimiento se evidencia que:
  - 4.1 Para ciertos riesgos los controles son pertinentes y suficientes para abordar la causa raíz y evitar la materialización del riesgo.
  - 4.2 Controles implementados, sin embargo requieren registros del control y maduración del mismo, lo cual implica que el próximo seguimiento que realice la Oficina de Control Interno, se realizará el análisis y efectividad de los controles.
  - 4.3 No fue posible obtener información suficiente para realizar el análisis de la efectividad de los controles asociados a los riesgos.
  - 4.4 Los controles definidos para abordar las causas raíz y controlar la materialización el riesgo están implementados, sin embargo no son suficientes, razón por la cual se invita a los responsables de Procesos realizar nuevamente la valoración de los controles del riesgo, y en el próximo seguimiento, la Oficina de Control Interno verificará la efectividad de los controles para reducir el 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. Tener presente las observaciones que se detallan por cada Proceso en este informe e implementar las acciones necesarias que permitan controlar y evitar la materialización de los riesgos.

Elaborado por



**Isabel Herrera Rodriguez**  
Profesional Especializado INC.

Aprobado por



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