
	<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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
<b>Página 1 de 12</b>			

<b>Fecha Informe:</b>	15 de julio de 2019	<b>Fecha de seguimiento</b>	Enero -	abril	2019
<b>Proceso/Procedimiento auditado:</b>	Los Procesos: Estratégico, Misional y de Apoyo que integran la Gestión Institucional.				
<b>Objetivo general del seguimiento:</b>	Realizar seguimiento a los controles definidos para los riesgos y evaluar su efectividad para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos.				
<b>Alcance del seguimiento:</b>	Evaluar la efectividad de los controles asociados a los riesgos para prevenir o mitigar los riesgos de los Procesos Estratégico, Misional y de Apoyo, determinados como: Extremos y Altos, registrando evidencia de dicha verificación, en el periodo enero-abril de 2019.				
<b>Criterios:</b>	Resolución 0660 del 04 de julio de 2017 por medio del cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el contexto del Sistema Integrado de Gestión del Instituto. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades Públicas versión 4 del Departamento Administrativo de la Función Pública, e Instructivo para realizar seguimientos de la Oficina de Control Interno GSI-P10-I-02, numeral 3 seguimientos a la implementación y efectividad de la Gestión del Riesgo del Instituto. Decreto 648 de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 reglamentario del sector de la Función Pública, numeral 2.4 Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, a cargo de la Oficina de Control Interno				
<b>Metodología empleada:</b>	Consulta en Módulo de Planes de Mejora de Riesgos por Proceso de SIAPINC. Mapa de Riesgos por Proceso. Agendamiento con Líderes de Procesos. Visitas, verificación de registros y entrevista con los responsables del control de los riesgos y registro de evidencias en el aplicativo para el levantamiento de los riesgos por Proceso y de corrupción.				
<b>Responsable del seguimiento:</b>	Médico Especialista y 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 con corte a 30 de abril de 2019, realizado a los Procesos/Procedimientos con riesgos determinados como extremos y altos así:

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GS-10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 2 de 12</b>

<b>Diagnóstico y Estadificación</b>		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.			
<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>DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO</b>
<b>R2</b>	Falla en la identificación y/o pérdida de las muestras de laboratorio clínico, de patología y de radiología.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Ejecución de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras de laboratorio.. Etapa de implementación de sistema automatización y estandarización de marcación de muestras (Patología y Radiología). Paquete instruccional de identificación de muestras..		La Oficina de Control Interno evidencio: 1) En el Laboratorio, se aplican los controles tales como capacitaciones al personal interno, enfermeras y auxiliares de la guía GSI-P02-G-04; se evidencio el error en la marcación de muestras y se logró identificar que se ocurre al momento de tomar la muestra por parte de las enfermeras al tomar los datos, y que aunque se realiza doble marcación (manual y sistema) se presentan errores. Se recomienda retroalimentar al área correspondiente para establecer las medidas necesarias. 2) En radiología cumplen con los protocolos de preparación del paciente: se le explica por medio verbal ya sea llamada o por escrito, en caso de no cumplir con algún requisito no se le niega el servicio solo se espera el tiempo necesario para poder aplicar la prueba, en la cual se verifica la orden nombre documento etc. Con relación al consentimiento informado, se entrega al paciente el formato DYE-P03-F-06 el cual diligencia antes de realizar estudio. También se hace capacitación a las auxiliares de la Guía Técnica GSI-P02-G-04. Se lleva el registro manual de marcación de muestras de ecografía para entrega a patología, aun cuando no se han evidenciado errores se pretende sistematizar el registro. Por lo tanto la Oficina de Control Interno concluye que el riesgo se materializo, aún cuando se esten aplicando los controles no se logro disminuir. Por lo anterior se recomienda establecer nuevos controles.

<b>Docencia</b>		Formular y desarrollar eficientemente programas, proyectos y actividades docentes en la formación del recurso humano para el control integral del cáncer y demás actividades que contribuyen a la formación de competencias relacionadas.				
<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>CAUSAS</b>	<b>MEDIDA DE MITIGACIÓN</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>1CT</b>	<b>DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO</b>
<b>R1</b>	Generación de daño al paciente por parte de los estudiantes, residentes o especialistas en entrenamiento	Ausencia de supervisión del personal en formación por parte de los docentes del INC . Déficit en los conocimientos y habilidades de base que deben ser adquiridas previo al ingreso al INC .	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Supervisión. Delegación progresiva de actividades. Programa de seguridad del paciente .	X	La Oficina de Control Interno, observo que a cierre 30 de abril del 2019 el riesgo no se materializo, debido a la aplicación de los controles tanto en supervisión y delegación progresiva de las actividades, según lo estimara el docente. Se observa la socialización de la Resolución de supervisión y delegación de responsabilidades de los estudiantes en el INC.
<b>R4</b>	Enviar inoportunamente las calificaciones de los estudiantes a las IES	Ausencia de directrices internas claras sobre el tema. Desconocimiento de los reglamentos estudiantiles. Falta de adherencia los procedimientos institucionales. Falta de seguimiento y mediciones a los tiempos de entrega de notas.. Demoras en la entrega de las notas a las IES .	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Envío previo del formato a los docentes. Comunicación de las IES solicitando las notas.	X	La Oficina de Control Interno, evidencio a corte 30 de abril que verificando los controles y analizando los indicadores el riesgo no se materializo.
<b>R7</b>	No realizar la inducción a la totalidad de los estudiantes que inician rotación en el INC	Módulos extensos en la inducción virtual Falta de controles en la plataforma para asegurar la revisión y aprobación de todos los módulos Ausencia de la información previa de los estudiantes para la programación de la inducción. Incidencias con la plataforma de inducción virtual del proveedor del servicio Dificultades de los estudiantes para el acceso a la plataforma.	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Reporte del proveedor sobre la aprobación de los módulos. Comunicación con los estudiantes sobre la inducción .	X	La Oficina de Control Interno evidencio que el proveedor entrego evidencias en las cuales se muestra cuantos estudiantes ingresaron a inducción (Aprobaron y no aprobaron). Por lo tanto se puede concluir que el riesgo no se materializo y los controles se estan aplicando correctamente.



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE**

**CÓDIGO:**

**GSJ-P10-F-12**

**GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

**VERSIÓN:**

**02**


**INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**VIGENCIA:**


**28-06-2019**

**Página 3 de 12**


Gestión Comercial y del Ingreso		Gestionar de manera oportuna la venta de servicios oncológicos, cumpliendo las metas institucionales, fortaleciendo la imagen corporativa y asegurando el recaudo para contribuir a la sostenibilidad financiera.				
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN						
TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS					SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Disminución de la demanda y participación en el mercado por factores internos y externos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incumplimiento de cláusulas pactadas en la relación contractual como: falta de oportunidad en la prestación de servicios, falla en la atención al usuario de tipo administrativo.</li> <li>-No contar con un estudio de capacidad instalada ajustado a la demanda con cada ERP.</li> <li>-Capacidad instalada subutilizada y sobreofertada.</li> <li>-Desactualización del estudio de mercados que incluya tarifas.</li> <li>-No contar con modelos de contratación diferentes a evento e integral.</li> <li>. Competencia tecnológica superior</li> <li>Nuevas IPS con servicios oncológicos competentes.</li> </ul>	REDUCIR EL RIESGO	Legalización y seguimiento a los contratos ( Manual de supervisión de contratos, Procedimientos documentados, Matriz de seguimiento contractual, comité de seguimiento contractual, plan de mercadeo). Referente nacional de atención en cáncer; Ejecución del plan de desarrollo - POA institucional (indicadores); Normatividad vigente . Plan de Mercadeo 2015 - 2018.	X	La Oficina de Control Interno realizo visita de seguimiento con el líder de Proceso con el cual se evidencio que: Se realiza seguimiento a los contratos con las ERP, con periodicidad de acuerdo con cada uno de los contratos, se evidencia actas de seguimiento. Se cuenta con una matriz de seguimiento contractual en la cual se incluyen los compromisos que se establecen con las EPS para realizar seguimiento a dichos compromisos. No se está realizando seguimiento al cumplimiento de los seguimientos con las EPS por parte del área. Se realiza comite de seguimiento contractual en el cual se analizan las entidades mas críticas para la toma de decisiones. Se cuenta con una matriz de guia de contratos en la cual se encuentra el estado con cada EPS y las razones por las cuales no se tiene contrato por ejemplo por incumplimientos en pagos. SE cuenta con Manual de mercadeo que incluye el plan de mercadeo hasta el 2017, se va a actualizar en el segundo semestre de 2019 de acuerdo con el plan de desarrollo. La facturación bajó hace unos meses pero debido a las obras en hospitalización y salas de cirugía. La demanda no ha disminuido, hay pacientes en espera de citas, pet y cirugía.
R4	Aceptación de glosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Errores precontractuales y contractuales.</li> <li>Falta de adherencia a proceso y a la normatividad vigente.</li> <li>Falta de gestión a las causales de glosa por:</li> <li>Error en autorizaciones</li> <li>Errores en proceso de facturación.</li> <li>Pertinencia.</li> <li>Tarifas.</li> <li>Falta soportes.</li> <li>Inoportunidad en la socialización de tarifas.</li> <li>No actualización de minuta contractual a la normatividad vigente.</li> <li>Fallas en el procedimiento de permanencia del personal debido a:</li> <li>Alta rotación de personal.</li> <li>Capacitación inadecuada del personal.</li> <li>Perfiles inadecuados para desempeñar el cargo.</li> </ul>	REDUCIR EL RIESGO	Inclusión de Normatividad vigente resolución 3047 del 2008 y 4331 de 2014 en cada uno de los contratos. . Indicadores de oportunidad de recepción y respuesta de glosa . Procedimiento integral de facturación bajo la supervisión del contrato con aliado estrategico (incluye procedimiento de glosas) compartiendo el riesgo..	X	La Oficina de Control Interno realizo seguimiento con el Líder del Grupo Área de Gestión Comercial y del Ingreso se evidencio el avance de las siguientes acciones para reducirlo: Se ha aumentado por medidas, en el primer trimestre ya que la EPS tiene deficiencias en el proceso de facturación. También por deficiencias en el proceso de MIPRES. En el primer trimestre hubo 24.3 % de glosa inicial, de ese el porcentaje de aceptación de glosa definitiva fue de 3.67%. SE cuenta con un plan de intervención de glosa, en cumplimiento con 37%, en el primer trimestre. La Oficina de Control Interno evidencio que a la fecha de la auditoria no se materializo el riesgo.
R5	Incremento de la cartera no recuperable	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aceptación de Glosa definitiva</li> <li>No agotamiento de las etapas de gestión de cobro.. Cambio en la normatividad</li> <li>Liquidación de entidades en intervención</li> <li>Falta de capacidad económica de las personas naturales.</li> </ul>	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento de gestión de cobro y cartera.. Indicadores de cumplimiento de metas de recaudo y de depuración.. Supervisión del contrato con aliado estrategico en la ejecución del procedimiento de cartera..	X	La Oficina de Control Interno realizo seguimiento con el líder del Grupo Área de Gestión Comercial y del Ingreso, evidenciando el avance de las siguientes acciones para reducir el Riesgo: El procedimiento del cobro de cartera se ha mantenido estable no a aumento ya que se está ejerciendo control jurídico a este tema para que así no castigir tan fuerte el presupuesto del INC. Se posee una base de datos de posibles clientes negativos con los que es negativo realizar contratos de prestación de servicios ya que el porcentaje de no pago, es muy alto. Por lo tanto la Oficina de Control Interno concluye que no se materializo el riesgo y que se están aplicando los controles están aplicando los controles para mitigar el riesgo y evitar que el riesgo se consume.

	<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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 4 de 12</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	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Caida del paciente durante el proceso de atención	Identificación inadecuada del riesgo de caída (falta de adherencia a la actividad para identificar el riesgo de caída).  Fallas en el sistema de llamado (timbres), falla en el funcionamiento de los ascensores, fallas en el mantenimiento preventivo de infraestructura física (desniveles de piso, goteras, antideslizantes de escaleras, ubicación inadecuada de dispositivos de lavado de manos libre, daños reincliden).  Fallas en la verificación del entendimiento de las indicaciones preventiva de mitigación del riesgo por parte del usuario y su familia.  Fallas en los registros de requerimiento de acompañamiento.  Pocos espacios humanizados y valores agregados relacionados con hotelería y confort (Sillas confortables, refrigerio, cobija, espacio para aseo personal y locker de almacenamiento de pertenencias) que incentiven el acompañamiento necesario.  . Aumento en la demanda del servicio con mayor número de pacientes que solicitan la atención.  Falta de acompañamiento permanente para pacientes de alto riesgo o red de apoyo para casos especiales (Pacientes solos o problemas de apoyo	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Aplicación de la escala de valoración del riesgo (Dawnton) a todos los pacientes. Auditoría de evaluación de registros de enfermería (Notas y escalas de riesgos) GSI-P02-F-38. Procedimiento de Inducción y retroalimentación permanente al personal para sensibilizar acerca prevención de caídas. Educación al paciente, familia y/o cuidador para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado (GSI-P02-F-39). Rondas de seguridad diaria estructurada en el programa de seguridad del paciente..	X	La Oficina de Control Interno, realizo seguimiento a Gestión de Apoyo Clínico con la Enfermera Líder de Seguridad del paciente evidenciando: 1) se aplica la escala de Dawnton a la cual se le han realizado modificaciones para medir otras causas. 2) Se realiza inducción y reinducción al personal de enfermeras y auxiliares a cerca de la prevención en caídas. 3) La educación al paciente y familiares se realiza al momento del ingreso a hospitalización y en caso de ser trasladado a GAICA se realiza de nuevo al ingresar a este; se diligencia el formato GSI-P02-F-39. Se realizan rondas de seguridad diarias según lo estipulado en el programa de Seguridad del Paciente. No obstante lo anterior en el primer cuatrimestre se presentaron caídas de pacientes. Por lo anterior la Oficina de Control Interno concluye que el riesgo se materializa en GAICA, ya que los controles definidos para este riesgo no son lo suficientemente efectivos
R4	Dispensación errónea de medicamentos	Falta de adherencia a los protocolos institucionales para la dispensación de medicamentos . . Evento medioambiental ( inundaciones) que genere interrupción en el proceso de dispensación .	<b>EVITAR EL RIESGO</b>	Perfil farmacoterapeutico . Validación de prescripción . Control interno de dispensación (estrategia con oprador logístico).	X	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento de la dispensación errónea de los servicios Farmaceuticos con su Coordinadora, en el cual se evidencia que se identifican los errores de la dispensación, se retroalimenta al personal y se corrige el error. Se realiza auditoría a carros de medicamentos una vez al día de manera aleatoria, por parte del operador logístico. Se cuenta para todos los carros de medicamentos un control de chequeo cruzado con enfermería, se identifica el error, se corrige y tambien se cuenta en el indicador. Se están intentando aumentar el porcentaje de revisión para cumplir lo exigido en el contrato con el tercerizado. Se van a incluir los errores de ventanilla en el indicador de errores de dispensación. En el indicador de errores de medicación se incluyen los errores de dispensación encontrando en el análisis que aumentaron los errores de dispensación debido a que cambio el contrato y cambio el recurso humano en marzo - abril. Por lo anterior, se observa que el riesgo se materializó en el primer cuatrimestre del año, en consecuencia se recomienda fortalecer los controles y el cumplimiento de las obligaciones del tercerizado
R7	Pérdida de medicamentos de alto costo	Hurto de medicamentos de alto costo por parte de funcionarios de la entidad . Motivaciones personales no justificadas de los funcionarios y/o personas externas a la entidad .	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Custodia permanente del medicamento en la farmacia / entrega en unidades y preparado. Marcación del medicamento para uso institucional. Entrega del sobrante o envase utilizado con el medicamento a la farmacia por parte de enfermería .	X	La Oficina de Control Interno realizo el seguimiento con la Coordinadora de Apoyo clínico Servicio Farmacéutico y evidencio: Con el fin de evaluar si se materializa el riesgo o no, se está implementando desde mayo una matriz de inventario que se alimenta diariamente con medicamentos de quimioterapia de alto costo en central de mezclas. Se realiza revisión una vez al mes y se diligencia un acta. No se está realizando seguimiento a los antibióticos de alto costo, así como tampoco cuando el riesgo es por el manejo de enfermería. La marcación de medicamento institucional no se puede realizar por que el tercerizado compra para varias instituciones en volúmenes altos. De igual manera la recepción de sobrantes no se puede realizar por norma, por lo tanto se sugiere revisar los controles definidos al respecto.

	<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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 5 de 12</b>


<b>Gestión de Archivo y Documental</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>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>						
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>					<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	1CT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Se pierden, se extravían o se dañan los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo	<ol style="list-style-type: none"> <li>No se asigna la debida responsabilidad a las personas que requieren de la información contenida en los registros o expedientes relacionada con la conservación adecuada y la devolución de los registros entregados en préstamo.</li> <li>Extracción indebida y/o robo de expedientes o registros entregados en calidad de préstamo.</li> <li>No se identifica ni se conserva memoria de los registros o expedientes entregados en préstamo</li> <li>Falta de seguimiento para la recuperación de los registros o expedientes entregados en calidad de préstamo..</li> </ol>	REDUCIR EL RIESGO	<p>vítacora (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). Auditoría de verificación de cumplimiento de los formatos para préstamos de documentos.. Tarjeta de reemplazo de préstamo de historias clínicas identificadas con colores diferentes según el tiempo de retiro del documento o expedientes..</p>	×	<p>La Oficina de Control interno efectúa seguimiento a los controles del riesgo encontrando que: Se realiza informe de auditoría de manera mensual por la Coordinadora del grupo área de Gestión Documental. Se evidencia el informe de abril de 2019, en el cual se incluye la verificación de los formatos de préstamo de historias clínicas y del cumplimiento de las tarjetas de colores sin encontrar novedades. También se incluye verificación de formatos para otros documentos que se prestan en el archivo físico encontrando algunas novedades en documentos de talento humano y gestión contractual. Cuando hay novedades se retroalimenta a los coordinadores de las áreas y en caso de no respuesta se envía correo y en su defecto oficio. Se verifica el informe de mayo en el cual se encontraron novedades para el servicio de radioterapia, medicina nuclear y soporte oncológico. Se evidencia que mediante las auditorías que realiza el área y los informes mensuales se están implementando los controles. Con relación a las acciones, en SIAPINC se evidencia el Instructivo para realizar auditoría a los formatos de préstamos de expedientes y unidades documentales GAD P01 I 11. Se establece que el riesgo no se ha materializado en el primer cuatrimestre del año. La Oficina de Control Interno concluye que los controles que se están aplicando son correctos y por lo tanto ayudan a mitigar el riesgo.</p>

	<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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 6 de 12</b>

<b>Gestión de la Tecnología</b>		Gestionar estrategias para acceder y mantener Tecnología Biomédica, Tecnología de la Información y la Comunicación (TICS) de acuerdo con las necesidades institucionales; con oportunidad, disponibilidad y eficacia que sea segura para los pacientes y que cumpla con los estándares de calidad.				
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>						
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>				<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>		
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R5	Perdida de información Institucional (Sistemas)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Virus</li> <li>2. Borrado involuntario</li> <li>3. Fallas en la Base de Datos</li> <li>4. Falta de socialización en temas de seguridad de la información</li> <li>5. Daño físico</li> <li>6. Falta en la lectura del Backup</li> <li>7. Accesos no autorizados .1. Ataques informáticos</li> <li>2. Ingreso de equipos externos a la red que puedan vulnerar la seguridad de la información</li> <li>3. Alteración o robo de información por suplantación</li> </ol>	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	<p>Política / Manual de política de seguridad informática / Centro de recuperación de desastres para sistema de misión Crítica SAP.. Estrategia de Backups / Herramientas para ejecución / . Administradores de seguridad (antivirus, seguridad perimetral, antispam, firewall, UTM, servidor de dominio)</p>	X	<p>La Oficina de Control Interno realizo seguimiento a la efectividad de los controles para mitigar la perdida de informacion, evidenciando: Política de Privacidad y protección de datos Manual de Políticas de Seguridad Informática 1) Arquitectura de seguridad Perimetral Actual y la Propuesta. Nuevos controles adoptados: sistema de sencibilidad de amenazas y vulnerabilidades, se implemento una herramienta para realizar análisis de IP. Datacenter/DRP/ Pruebas periodicas de CDR. Estrategias de Backup/ cintas de Backup/ Bitacora de Backup. Indicadores de Seguridad reportados al SIAPINC. Indicador de Programas Maliciosos, evidencia helppeople arbol seguridad. Formato levantamiento de informacion - permisos y licenciamiento. Porcentajes de venentes cerrados ( filtros de palabras Virus, seguridad, malware). En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que los controles son efectivos, sin embargo se estan implementado mas sistemas de seguridad para mejorar la seguridad de la información.</p>
R11	Daño de equipos originados por el uso o condiciones físicas inadecuadas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación inadecuada de procedimientos de uso de equipos.</li> <li>2. Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección.</li> <li>3. Deficit de capacitación en sitio de trabajo para equipos sensibles.</li> <li>4. Deficiencias en el proceso de inducción.</li> <li>5. Alta rotación de personal en áreas, falta de comunicación oportuna de personal nuevo para capacitar.</li> <li>6. Falta de sentido de pertenencia y descuido de los funcionarios.</li> <li>7. Inestabilidad en las condiciones eléctricas (Picos de voltaje).</li> <li>8. Manipulación insegura de los equipos durante los mantenimientos preventivos o correctivos tanto de personal interno como externo.</li> </ol>	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	<p>Capacitación a todos los niveles (Todos los funcionarios que intervienen en el proceso). Identificación de fallas o situaciones inseguras a través de Rutinas de verificación y de capacitación.. Creación de carpeta compartida, para consulta de instrucciones de manejo basico de equipos y el protocolo de mantenimiento Manual de limpieza y desinfección de equipos actualizado.(GHA-P03-M-03)..</p>	X	<p>La Oficina de Control Interno como resultado del seguimiento a la efectividad de los controles para reducir el riesgo evidencio lo siguiente: Se realizan capacitaciones a los colaboradores de tecnología biomédica y a los usuarios de los equipos por parte de las empresas encargadas de realizar los mantenimientos a los equipos, con evaluaciones pre y post. Se ha realizado cumplimiento de la cobertura programada. Con relación a las rutinas de verificación se realizan diariamente en salas de cirugía, semanalmente en UCI, quincenalmente en hospitalización e imagenología y mensualmente en consulta externa.; se realiza registro de la verificación y de las fallas encontradas en equipos. Se verifica la carpeta compartida en la cual se encuentran las instrucciones de manejo de equipos y protocolos de mantenimiento, encontrando que todos los equipos cuentan con los manuales. Con relación al Manual de limpieza y desinfección de los equipos, en los estudios previos se contempló que el proveedor debe incluir fichas de manejo de limpieza y desinfección de cada equipo. El Manual está en construcción y se ha alimentado de manera progresiva. Su fecha de cumplimiento es diciembre de 2019. En los contratos tambien se incluyó la obligación de realizar capacitaciones en limpieza y desinfección de los equipos. En este contexto, la Oficina de Control Interno concluye que en el primer cuatrimestre el riesgo no se materializó, por lo que los controles han sido efectivos.</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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 7 de 12</b>

<b>Gestión del Gasto</b>		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.				
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>						
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>					<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos de bienes, servicios u obra.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Supervisor de Contrato asignado no tiene las competencias necesarias para evaluar técnica o administrativamente el cumplimiento de los requisitos contractuales</li> <li>2. El Supervisor de Contrato no cumple las funciones y responsabilidades asignadas para ejercer la Supervisión</li> <li>3. Corrupción y/o fraudes de los funcionarios o contratistas.. Información errónea o falsedad por parte de los contratistas.</li> </ol>	<b>EVITAR EL RIESGO</b>	Ejecer las funciones de supervisión o interventoría, bajo lo establecido por la ley 1474 de 2011, la Guía de Colombia Compra Eficiente, Estatuto y Manual de Contratación, con el fin de dotar a los supervisores e interventores de herramientas de conocimiento para realizar una correcta vigilancia y seguimiento a los contratos. Ubicados en el Siapinc y página web. Designar a los supervisores o interventores de acuerdo a la experticia profesional y de conocimientos propios al bien, servicio u obra que se vaya a ejecutar. Designados contractualmente.. Efectuar capacitaciones a los supervisores designados..	X	<p>Como resultado del análisis efectuado la Oficina de Control Interno concluye: que los supervisores de los contratos asignados cumplen con la función asignada mitigando el riesgo.</p> <p>Se realizan capacitaciones a los supervisores en las cuales se les informa en las que se les informan cuales son los deberes y obligaciones que tienen como supervisores y las consecuencias de orden penal fiscal y judicial y se les entrega el manual de contratación.</p> <p>La Información de contratación se sube oportunamente al SECOP.</p> <p>Por lo tanto la Oficina de Control Interno concluye que los controles son razonablemente efectivos, pero se debe mejorar el seguimiento de los supervisores de contratos para que así no se materialice.</p>
R4	Demora en los cierres presupuestales de fin de año y apertura de la siguiente vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las áreas involucradas no cumplen con los plazos establecidos en el cronograma de cierres de fin de año.</li> <li>2. A pesar de que se les envía el reporte mensuales a los supervisores de contratos, no hay una oportuna ejecución de los mismos.</li> <li>3. Los supervisores de contratos salen a su periodo de vacaciones y disfrute de semana de fin de años sin informar y ejecutar en gran mayoría los contratos.</li> <li>4. Demora por parte de las áreas responsables en oportunidad de entrega de facturas. Los proveedores: No legaliza los contratos. No cumplen con la entrega oportuna del bien o servicios contratados. No cumplen la oportunidad de entrega de facturas y soportes para pago respectivo..</li> </ol>	<b>COMPARTIR O TRANSFERIR</b>	Reportes mensuales a los supervisores de los contratos informando el avance de ejecución. Se hacen reuniones con los supervisores durante la vigencia para informar y solicitar la oportuna ejecución. . Se elabora y socializa el cronograma de cierre y apertura de fin de año a todos los funcionarios del INC por correo. . Comité de seguimiento financiero mensual .		<p>La Oficina de Control Interno comprobó que el líder del Proceso de Gestión del Gasto, realiza el seguimiento respectivo a la ejecución presupuestal y seguimiento de los contratos el cual se realiza de forma mensual. Por lo tanto, la Oficina de Control Interno determina que los controles establecidos mitigan el riesgo identificado.</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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 8 de 12</b>

<b>Gestión del Sistema de Desempeño Institucional</b>		Direcccionar e implementar el sistema integrado de gestión institucional con eficiencia, eficacia, efectividad y seguridad para lograr la satisfacción de los clientes.			
<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	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R3	Posibilidad de condenas en demandas derivados de la prestación del servicio del INC	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Protocolos institucionales y guias de manejo. . Guias practica clinica segura - paquetes instruccionales contemplado por el programa de seguridad del paciente.. Seguimiento a las politicas de calidad, ambiental, Talento humano y gestion de la tecnología..	X	La Oficina de Control interno evidencio que los controles de: Protocolos institucionales y guias de manejo, Guías práctica clínica segura - paquetes instruccionales contemplado por el programa de seguridad del paciente y Seguimiento a las políticas de calidad, ambiental, Talento humano y gestión de la tecnología. Se concluye que son controles efectivos ya que en en primer cuatrimestre de 2019 no se materializó el riesgo. La Oficina de Control Interno recomienda hacer un seguimiento más continuo de los controles.
R4	Incumplimiento de la normatividad general aplicada a la Institución por entes reguladores. (Habilitación, Certificaciones de Buenas Prácticas (INVIMA), derechos laborales, entre otras).	<b>REDUCIR EL RIESGO</b>	Auditoria internas y Autoevaluaciones. Cumplimiento de normatividad de habilitación/ reportes oportuno de hallazgos, eventos adversos o incumplimientos.. Capacitación permamente de la normas actuales y cambios normativos aplicadas a la institución..	X	La Oficina de Control Interno realizando seguimiento a los controles en los cuales se evidencio: 1) las auditorías Internas se están cumpliendo según el cronograma establecido por la Oficina de Control Interno; las autoevaluaciones se realizan mes a mes. 2) la Autoevaluación se realiza anual en el mes de septiembre y octubre la del 2018 esta tarea queda pendiente de cumplimiento; pero se anexa evidencia de la realizada el año pasado. 3) La habilitación no se obtuvo de Resolución 2003 de 2014, ya que la secretaria de salud obtuvo unos hallazgos durante la visita; se encuentran a esperas de nueva visita para subsanarlos. 4) los eventos adversos se cuenta con la estadística a corte enero-abril del 2019 los cuales son reportados en el SEAPINC. 5) se realizan capacitaciones permanente a las normas actuales: listado capacitación y certificación del curso de actualización en gestión de riesgos con fundamentos en la norma ISO 31000, Norma Técnica Colombiana ISO 31000:2018, Guía para la administración el riesgo y diseño de controles en entidades públicas DAFP 2018. La oficina de control interno concluye que el riesgo se materializo ya que no se cumplió con la habilitación, se debe cumplir con los requerimientos exigidos por la secretaria Distrital de Salud en la próxima visita para subsanar este riesgo.



	<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>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 9 de 12</b>

<b>Investigación</b>		Generar o actualizar conocimiento sobre el cáncer, enmarcado en las líneas de investigación institucionales, para contribuir al control de esta enfermedad en Colombia.				
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>						
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>					<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R1	Demora en los cierres de los proyectos de investigación	1. Inadecuada formulación en lo técnico-científico del protocolo de investigación. Inadecuada planeación de actividades, recursos y necesidades en los protocolos de investigación. 2. No adquisición oportuna de los recursos programados para el proyecto de investigación. 3. Pérdida del talento humano responsable del estudio...	REDUCIR EL RIESGO	Seguimiento a los cronogramas por el grupo de monitoría. Comité de Ética. Reunión de seguimiento presupuestal de proyectos..	X	La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento y se pudo concluir: aunque los controles fueron mejorados y se están implementando, se sigue presentando la demora en los cierres de los proyectos de Investigación, ya sea por diferentes causas como por ejemplo elaboración de productos, aprobación de artículos y aprobación de informe final, por lo tanto el riesgo se sigue materializando. De igual forma se espera que las mejoras implementadas no permitan que el riesgo se materialice a largo plazo
R7	Perdida de la certificaciones nacionales o internacionales como centro de investigación ante los entes de control y organismos de certificación.	1. Incumplimiento de los criterios normativos establecidos 2. Inadecuado autoevaluación de los requisitos nacionales e internacionales. . Intereses políticos particulares .	REDUCIR EL RIESGO	Auditoría interna en BPC Buenas Prácticas Clínicas. Seguimiento a los planes de mejora. .	X	La Oficina de Control Interno evidenció que se realizó auditoría interna en Buenas Prácticas Clínicas (BPC) en el año 2018 y en el primer cuatrimestre de 2019 y se ha realizado seguimiento de los hallazgos a fecha febrero de 2019. Se cuenta actualmente con la certificación por parte del INVIMA, por lo tanto se puede concluir que el riesgo no se materializó.

<b>Salud Pública</b>		Diseñar, desarrollar e implementar acciones en control del riesgo, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y vigilancia epidemiológica para el control del cáncer en Colombia.				
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>						
<b>TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS</b>					<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO OFICINA CONTROL INTERNO</b>	
No. DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	ICT	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R2	Falta de recursos financieros para el diseño y la ejecución de acciones, programas y proyectos	Falta de convenios Limitación de otras fuentes de financiación. Recorte presupuestal del nivel nacional.	REDUCIR EL RIESGO	Evaluación y seguimiento financiero de Programas y Proyectos. Evaluación y seguimiento del POA. .	X	De acuerdo con el seguimiento de la Oficina de Control Interno se evidencia que se está realizando seguimiento trimestral en una base de datos general donde están las fuentes de financiación, se revisa en cada página que convocatorias podían servir según el perfil del INC, se realizan los filtros respectivos y diligencia la base de datos en la cual están los proyectos a los cuales se tiene probabilidad de obtener financiamiento, trimestralmente se envía la información a la Subdirección quien analiza la pertinencia de la presentación a la convocatoria. Se realizó sometimiento a un proyecto de autotomía para VPH a Colciencias convocatoria 844, de la cual no se tiene resultado. Se evidencia la base de datos de fuentes de financiación y el seguimiento trimestral. Con relación al Macroproyecto se realiza trimestralmente el seguimiento por parte de la oficina de proyectos en aspecto financiero y de ejecución. Se hace seguimiento a todos los proyectos que se están ejecutando. Se evidencia el seguimiento del primer trimestre, Seguimiento del POA: se realiza mensualmente seguimiento en el EPM a los indicadores y la ejecución de los proyectos. Se evidencia presentación de seguimiento de POA. La Oficina de Control Interno concluye que el riesgo no se ha materializado por lo tanto los controles han sido efectivos.



**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE**

**CÓDIGO:**

**GSJ-P10-F-12**

**GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

**VERSIÓN:**

**02**


**INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**VIGENCIA:**

**28-06-2019**

**Página 10 de 12**

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	CAUSAS	MEDIDA DE MITIGACIÓN	CONTROLES	CALIFICACIÓN DEL CONTROL	1CT DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
R6	Pérdida de especimen anatomopatológico.	1. Demoras administrativas derivadas de ordenes medicas equivocadas principalmente por códigos de CUPS que no corresponden. 2. No adecuada entrega de turno. 3. Conservación y almacenamiento inadecuado. 4. Retención de muestras para observación con fines academicos que retrasan la entrega de la misma a patologia, que puede conllevar a la rotulación de identificación de muestra no oportuna. 5. No aplicación de procedimiento de recepción, manejo, almacenamiento y entrega de muestras. 6. Recipiente inadecuado para verificación visual de la muestra...	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (Recepcion, almacenamiento traslado de muestras.), Lista de chequeo de salida del paciente...	100	X La Oficina de Control Interno realizo el seguimiento con el Coordinador de sala de cirugía en la cual se logró evidenciar: 1) Se modificó el procedimiento de rotulación pues se identificó las causas de las fallas, actualmente lo realiza la instrumentadora y a esto se adiciona con la marcación electrónica por SAP para mejorar el control. 2) La implementación del código CUP es la adecuada, pero se sigue presentando el problema ya que el responsable de la actividad es el medico docente y se delega al residente. 3) Se actualizo el paquete instruccional, está pendiente que se incluya en SIA PINC y su socialización. 4) Se realiza la inducción y reinducción del instructivo de especimenes patológicos. Dado lo anterior la Oficina de Control Interno concluye que los controles son eficientes, ya que se esta aplicando el Procedimiento establecido en UFT-P04-D-04 pero se debe analizar el control con respecto a los códigos CUP, ya que el riesgo no se ha materializado pero existe una gran probabilidad que suceda.
R7	Realizar procedimiento quirurgico, sitio o paciente equivocado.	1. No aplicación de barreras de identificación. 2. Aplicación incorrecta de listas de chequeo antes, durante y despues del operadorio. 3. No realizar paradas de seguridad establecidas. 4. No marcacion del sitio operadorio..	REDUCIR EL RIESGO	listas de chequeo antes, durante y despues..Parada de seguridad antes y durante(cirugia prolongada).. Procedimiento de marcacion de sitio operadorio/ tablero de identificación de paciente por sala de cirugía.	100	X La Oficina de Control Interno realizo seguimiento a los controles de sala de Cirugia en la cual se evidencio: 1) Se coloca una manilla electrónica de identificación al paciente desde facturación la cual se le coloca en facturación y al subir a sala de cirugía la jefe de enfermería realiza una segunda revisión y verificación en el sistema SAP para poder darle el ingreso a sala de cirugía, se verifica los datos del paciente. 2) Se realiza la lista de chequeo en la cual se verifica nombre del paciente y se hace verificación preduntando al paciente según el manual. Posteriormente llega el segundo chequeo que es realizada por el cirujano hace las preguntas al paciente nuevamente y procede realizar la marcación del sitio de la cirugía. Se realiza la parada de cirugía en la cual se le hacen de nuevo las preguntas de rutina. Por lo anterior la Oficina de Control Interno concluye que los controles segun el UFT- P04-D-08 son efectivos para mitigar el riesgo.
R8	Incidentes relacionados con cuerpos extraños o instrumentos dejados en área quirúrgica. (Presencia de oblitos)	1. Inadecuada ejecución del protocolo de conteo de elementos de cirugía en los momentos (inicio, durante y despues)..	REDUCIR EL RIESGO	Procedimiento documentado (conteo de elementos quirurgicos.). Tablero de control por sala de cirugía...	100	X La oficina de Control Interno realizo seguimiento a los controles de sala de cirugía en los cuales pudo evidenciar lo siguiente: 1) Se posee un manual de conteo de conteo de elemento en el que se explica cada pieza y el procedimiento de verificación que lo realizan dos personas el instrumentador en primera parte y la enfermera jefe en segunda parte verificando, del cual se realizan capacitaciones y evaluaciones. Si se llegan a presentar diferencias en el conteo, estos se resuelven de inmediato en el acto quirúrgico, evitando de esta manera que el riesgo se materialice. En este contexto la Oficina de Control Interno concluye que los controles son razonables y efectivos segun PPS-15.


	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	02
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	28-06-2019
Página 11 de 12			

**RESUMEN RIESGOS CON EL SEGUIMIENTO  
A 30 DE ABRIL DE 2019**

NOMBRE DEL PROCESO	RIESGOS ALTOS Y EXTREMOS	TOTAL RIESGOS CON SEGUIMIENTO
Unidades Funcionales de Tratamiento	3	3
Gestión del Sistema de Desempeño Institucional	2	2
Diagnostico y Estadística	1	1
Gestión de Archivo y Documental	1	1
Gestión Comercial y del Ingreso	3	3
Gestión de la Tecnología	2	2
Salud Publica	1	1
Gestión del Gasto	2	2
Gestión de Apoyo Clínico	3	3
Investigación	2	2
Docencia	3	3

**CONCLUSIONES**

- 1.** La Oficina de Control Interno en cumplimiento del artículo sexto de la Resolución 0660 de 2017 (Política Administración del Riesgo), realizó Seguimiento a los riesgos determinados como Extremos y Altos.
- 2.** La Oficina de Control Interno evidenció que el instrumento adoptado por el Instituto para el levantamiento del Mapa de Riesgo por Procesos continúa sin implementarse de manera integral en SIAPINC 4, ya que no se puede registrar el monitoreo y el seguimiento, hecho que genera reproceso por cuanto la labor de seguimiento se adelanta en forma manual mediante formato Excel.
- 3.** Se evidenció que no todos los líderes de Proceso realizan monitoreo de los riesgos que se encuentran bajo su responsabilidad.
- 4.** En términos generales, a la fecha de corte del presente informe de seguimiento se evidenció:

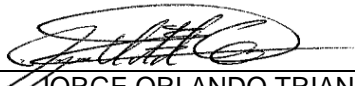
	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>GSJ-P10-F-12</b>
	<b>GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL</b>	<b>VERSIÓN:</b>	<b>02</b>
	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>VIGENCIA:</b>	<b>28-06-2019</b>
			<b>Página 12 de 12</b>

- 4.1 Para algunos riesgos los controles son pertinentes y suficientes para abordar las causas raíz y evitar la materialización del riesgo.
- 4.2 No todos los controles están implementados y en una menor parte no tienen que ver con el riesgo; se requiere registros del control y maduración del mismo para efectuar seguimiento sistemático del análisis y efectividad del control.
- 4.3 Algunos riesgos continúan materializándose.
- 4.4 Algunos indicadores definidos para medir la materialización los riesgos no son pertinentes.

### RECOMENDACIONES

- 1.** Implementar en el sistema de Información SIAPINC 4 el instrumento para el levantamiento del Mapa de Riesgos por Proceso y Mapa de Riesgos Institucional de manera integral que incluya monitoreo y seguimiento.
- 2.** 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 a los riesgos del Proceso a cargo.
- 3.** Revisar y evaluar que la definición del control permita realizar mediciones y registros con el fin de evaluar con posterioridad la efectividad de los mismos.
- 4.** Verificar que los controles intervengan la totalidad de las causas para reducir la materialización del riesgo.
- 5.** Implementar en el Instituto la última versión de la Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles de octubre de 2018, emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Elaborado por:

  
JORGE ORLANDO TRIANA  
 BARAJAS  
 Profesional Especializado  
 Instituto Nacional de Cancerología

Aprobado por:

  
ANGELA CONSTANZA ROMERO  
 INFANTE  
 Jefe Oficina Control Interno (E)  
 Instituto Nacional de Cancerología

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)	Cargo:	Jefe Oficina Control Interno (E.)
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina de Control Interno	Dependencia:	Oficina de Control Interno
Fecha:	24-06-2019	Fecha:	27-06-2019	Fecha:	27-06-2019