



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado**

**RESOLUCION NÚMERO
(0494)**

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

**LA DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA –
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

En uso de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por el Decreto No 5017 del 28 de diciembre de 2009 y

CONSIDERANDO:

Que el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, es una entidad descentralizada, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera, regulada en lo pertinente por la ley 100 de 1993, las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y las demás normas aplicables a los prestadores de servicios de salud de carácter público en general y, en particular, por el decreto 1876 de 1994 y el decreto 5017 de 2009.

Que de acuerdo con los numerales 1 y 18 del artículo 7º del decreto 5017 de 2009, el Director General tiene dentro de sus funciones expedir los actos administrativos para el desarrollo de su objeto, en lo relacionado con su competencia, que sean necesarios para el funcionamiento de la entidad.

Que la Constitución Política en el artículo 209 establece a la administración pública en todos sus órdenes, tendrá un control interno, que se ejercerá en los términos que señale la Ley y que la función administrativa se debe desarrollar con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Que el Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública en su artículo 2.2.21.1.5, estableció la institucionalización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno "Las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, deberán establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos del control interno", donde se revisarán temas relacionados con la Gestión de riesgos entre otros y, en el artículo 2.2.21.1.6 establece como Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: "Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta".

Que el Decreto 1083 de 2015, determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno o quien haga sus veces, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control. (Título 21 Sistema de Control Interno. Cap. 5 Art. 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.)



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
 Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO

(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Que el Decreto 1499 2017, articula el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (correspondiendo a la 7° Dimensión de MIPG).

Que la Resolución 0185 del 28 de febrero de 2018 por la cual se actualiza el Sistema Integrado de Gestión del Instituto, se adopta el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y se constituye el comité institucional de gestión y desempeño.

Que el literal f. del artículo 2 de la ley 87 de 1993, orienta el Sistema de Control Interno a “Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.”

Ley 1712 2014, crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y entre otras disposiciones, ordena publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Que el decreto 780 del 06 de mayo de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS y los componentes de: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistemas de información para la Calidad y la descripción de las características del mismo; donde determina que los prestadores de servicios de salud están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que de acuerdo la norma NTC – ISO 9001/2015 especifica los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad, y en su numeral 6 define que la organización debe determinar los riesgos a los cuales están expuestos.

Que la Norma Técnica Colombiana Gestión del Riesgo NTC-ISO 31000:2018, brinda los principios y las directrices genéricas sobre la gestión del riesgo en cualquier empresa pública, privada, comunitaria, asociación, grupo o individuo,

Que la norma técnica ISO/IEC 27001:2013, describe cómo gestionar la seguridad de la información en una empresa, por lo anterior el Instituto definió el plan de tratamiento de riesgo y privacidad de la información y el plan de seguridad y privacidad de la información, y adicionalmente estableció la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en el Instituto Nacional de Cancerología – Empresa Social del Estado, para dar cumplimiento al componente de seguridad de la información.

Que el Modelo de Seguridad y Privacidad del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, para estar acorde con las buenas prácticas de seguridad, reúne los

CMH



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

cambios técnicos de la norma 27001 del 2013, legislación de la Ley de Protección de Datos Personales, Transparencia y Acceso a la Información Pública, entre otras, las cuales se deben tener en cuenta para la gestión del riesgo en la información.

Que la política nacional de prestación de servicios de salud establece al eje de calidad como un elemento estratégico que se basa en los principios de la mejora continua y la atención centrada en el usuario, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población.

Que el Ministerio de salud expidió la política de seguridad del paciente y definió los lineamientos para su implementación el 8 de junio del 2011.

Que el Instituto Nacional de Cancerología ESE, expidió al interior, la Resolución 00107 del 16 de febrero de 2015 "Por la cual se adopta la política institucional de seguridad del paciente", en el que se compromete a trabajar por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos. Para tal logro implementa de forma proactiva y previsiva estrategias, tales como la gestión del riesgo, la educación tanto del cliente interno como externo, la capacitación y entrenamiento en seguridad a los procesos de atención, involucrando el cliente interno, el paciente, la familia, los colaboradores y las aseguradoras. Creando así una cultura de seguridad, justa, no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad, un entorno seguro, unos procesos, estructuras y tecnologías seguras, un recurso humano capacitado y confiable, donde cada evento, informado o detectado, se gestione en forma efectiva, evitando su reaparición.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentaron la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" de octubre de 2018, para los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

Que el Instituto creó el procedimiento de gestión del riesgo (GSI-P07) en el proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional.

Que de acuerdo con lo señalado antes, se precisa realizar la actualización y ajustes a la Política de Administración del Riesgo para la Entidad.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Declaración de la Política

"El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, se compromete a gestionar los riesgos de manera integral, con la participación de los líderes de los procesos, aliados estratégicos y partes interesadas, con el fin de dar cumplimiento a su misión institucional, a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento a riesgos"



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO

(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO SEGUNDO. Objetivos

Objetivo General:

Establecer las directrices que deben seguir todos los procesos del Instituto Nacional de Cancerología ESE, para implementar el sistema de gestión basado en riesgos.

Objetivos específicos:

- Propender por la mejora continua generando una cultura de autocontrol y autoevaluación al interior de cada proceso.
- Identificar, analizar, valorar, hacer seguimiento y tratar los riesgos institucionales, por proceso y por activo de información de manera priorizada.

ARTÍCULO TERCERO: Alcance

La presente resolución ratifica la gestión del riesgo como un procedimiento del nivel estratégico y, por lo tanto, es un componente de apoyo que trasciende a toda la organización y a todos los procesos definidos por la entidad en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, orientado al control de los riesgos de proceso, riesgos de corrupción y de seguridad digital.

ARTÍCULO CUARTO: Definición de términos

Para la adecuada interpretación y aplicación de la política de gestión de riesgos se establecen las siguientes definiciones:

MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL: Herramienta metodológica que permite realizar un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias. Este contendrá, a nivel estratégico, los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad.

ACEPTACIÓN DEL RIESGO: Decisión informada de asumir un riesgo concreto.

ACTIVO DE INFORMACIÓN: En relación con la seguridad de la información, se refiere a cualquier información en físico o digital, o elemento relacionado con el tratamiento de la misma (sistemas, soportes, edificios, personas, etc.) que tenga valor para la organización.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO

(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS: Etapa de la gestión de riesgos en la que se deben establecer las fuentes o factores de riesgo, los eventos o riesgos, sus causas y sus consecuencias.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: Etapa de la gestión del riesgo que busca confrontar los resultados del análisis de riesgo inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final.

CAUSA: Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo.

CONSECUENCIA: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

CONTEXTO DE LA ENTIDAD: Definición de las características o aspectos esenciales del entorno interno y externo en el cual opera la entidad.

CONTEXTO DEL PROCESO: Se determinan las características o aspectos esenciales del proceso y sus interrelaciones.

CONTROL: Proceso, política, dispositivo, práctica u otra acción existente, para reducir la probabilidad de ocurrencia o el impacto que pueda generar la materialización del riesgo. También se puede definir como una medida o acción que modifica el riesgo.

GESTIÓN DE RIESGOS: Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

IMPACTO: Son las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo en la entidad.

MAPA DE RIESGOS: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo.

PROBABILIDAD: Oportunidad de ocurrencia de un riesgo. Se mide según la frecuencia (número de veces en que se ha presentado el riesgo en un período determinado) o por la factibilidad (factores internos o externos que pueden determinar que el riesgo se presente).

RIESGO DE CORRUPCIÓN: Posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para poder desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

RIESGO DE GESTIÓN: La posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad.

RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL: Son los riesgos que se generan a partir de la disponibilidad, protección, integridad y acceso a la información de la organización a través de su infraestructura, métodos y procesos de generación, almacenamiento, transporte, consulta y análisis. Son aquellos riesgos que atenten contra la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información independiente del medio en que esta se encuentre. Sin embargo, cada líder de proceso será el encargado de gestionar las acciones que le correspondan de los planes de tratamiento definidos para mitigar los riesgos.

RIESGO RESIDUAL: Es el nivel de riesgo que permanece en la organización tras mitigar, reducir o eliminar los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad, pudiendo entorpecer el desarrollo de sus funciones.

TOLERANCIA AL RIESGO: son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. Pueden medirse y a menudo resulta mejor, con las mismas unidades que los objetivos correspondientes. Para el riesgo de corrupción la tolerancia es inaceptable.

TRATAMIENTO DEL RIESGO: Es la respuesta establecida para la mitigación de los diferentes riesgos: aceptar, reducir, evitar, compartir, y la definición, implementación y ejecución de acciones de mejora.

VALORACIÓN O ANÁLISIS DE RIESGOS: Etapa de la gestión del riesgo que consiste en establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de consecuencia o impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial.

ARTÍCULO QUINTO: Responsabilidades

El Instituto establece diferentes niveles de responsabilidad de acuerdo a los lineamientos de los entes reguladores el modelo de autoridad y líneas defensa, que es un esquema referencial para describir las responsabilidades y funciones en la administración del riesgo, mediante líneas de actividad que contribuyan a mejorar la comunicación y coordinación entre los diferentes actores involucrados en el desarrollo de las diferentes etapas en la gestión del riesgo, así:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

LÍNEA DE DEFENSA / RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD
Estratégica: Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Establecer y aprobar la Política de Administración del Riesgo.
	Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo).
	Realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos institucionales
	Definir el marco general para la gestión de la organización y la gestión del riesgo.
	Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad.
	Analizar los riesgos y amenazas institucionales frente al cumplimiento de planes estratégicos.
	Tomar decisiones con base en los resultados del seguimiento, evaluación a la gestión efectiva del riesgo.
Primera línea: Líderes de proceso y sus equipos de trabajo con la colaboración de las tres (3) Subdirecciones.	Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera.
	Definir, implementar, monitorear y mejorar los controles de los riesgos identificados.
	Revisar que las actividades de control de sus procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos.
	Establecer acciones de tratamiento a los riesgos priorizados y garantizar su cumplimiento.
	Revisar e informar a la Oficina de Planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los procesos a su cargo, aplicar las acciones de contingencia definidas y nuevas acciones de ser necesario.
	Detectar deficiencias del control y formular e implementar las acciones correctivas necesarias.
	Gestionar de manera permanente y directa los riesgos de su proceso.
	Realizar el monitoreo y revisión en los tiempos establecidos.
	Realizar la medición y análisis a la gestión efectiva de los riesgos que le corresponden.
	Conocer los riesgos, apropiar y aplicar los controles establecidos para la correcta gestión del riesgo.
	Generar las alertas tempranas para evitar la materialización de los riesgos.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Segunda línea: Oficina Asesora de Planeación.	Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgos y el nivel de aceptación del riesgo.
	Orientar a la primera línea en el análisis del contexto del proceso.
	Consolidar el Mapa de riesgos institucional.
	Asesorar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración del riesgo, monitoreo y seguimiento a riesgos.
	Evaluar que los riesgos sean consistentes con la presente política y que sean monitoreados por la primera línea de defensa.
	Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea realice las actividades programadas.
	Vigilar la implementación de prácticas de gestión de riesgos por parte de la primera línea.
	Ejercer el control y la gestión de riesgos, las funciones de cumplimiento seguridad, calidad y otras similares.
Segunda línea: Grupo Área Gestión de Sistemas.	Revisar la evaluación, medición y análisis de la gestión efectiva del riesgo desarrollada por los procesos.
	Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis y valoración del riesgo de seguridad digital
	Asegurar el correcto funcionamiento de los controles establecidos de seguridad digital.
	Ejercer el control y la gestión de riesgos de seguridad digital, las funciones de cumplimiento seguridad, calidad y otras similares.
	Realizar la evaluación, medición y análisis de la gestión efectiva del riesgo de seguridad digital desarrollada por los procesos, y por la gestión de seguridad informática.
Tercera Línea: Jefe de Oficina de Control Interno	Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa que la primera línea de defensa identifique, evalúe y gestione los riesgos y controles para que se generen acciones.
	Provee aseguramiento (evaluación) independiente y objetiva sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos
	Realizar asesoría a los líderes de proceso respecto a metodologías y herramientas para la definición de los controles para mitigar los riesgos.
	Asesorar de forma coordinada con la Oficina de Planeación, a la primera línea de defensa en la identificación de los riesgos institucionales y diseño de controles.
	Establecer el Plan Anual de Auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos/procedimientos que tienen mayor nivel de exposición al riesgo.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

	Hacer seguimiento a que las actividades de control establecidas para la mitigación de los riesgos de los procesos se encuentren documentadas y actualizadas en los procedimientos, conforme a lo anterior dar las indicaciones a los líderes de procesos y procedimientos.
	Evaluar la efectividad de la Gestión del Riesgo en el Instituto, así como la adecuada aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo.
	Realizar seguimiento y evaluación a las acciones de mejora o planes de tratamiento a riesgos.
Tercera Línea / Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario	Actuar de manera preventiva en los riesgos de corrupción que se identifiquen a través de estrategias de socialización, inducción, reinducción o campañas de prevención de acciones de corrupción.
	Reportar anualmente información sobre sanciones por conductas disciplinarias asociadas a riesgos de corrupción (fuente para revisiones y ajustes del mapa de riesgos de corrupción).
	Ejercer la acción disciplinaria en todas las acciones que materialicen un riesgo de corrupción.

ARTÍCULO SEXTO. Niveles de aceptación del riesgo y tratamiento de riesgos

Con base en los resultados de la evaluación del riesgo, se determina la zona de riesgo en las categorías EXTREMA, ALTA, MODERADA o BAJA, dando prioridad a las calificaciones más altas y determinando la acción requerida asociada a la eliminación de las causas y a el fortalecimiento de los controles existentes.

ZONA DE RIESGO	DESCRIPCIÓN
EXTREMA	Se requiere una acción inmediata
ALTA	Se requiere una pronta atención
MODERADA	Se administra con procedimientos normales de control
BAJA	Genera menores efectos que pueden ser fácilmente remediados

La tolerancia es el nivel del riesgo que puede o está dispuesta a soportar el instituto en relación con la consecución de sus objetivos, para el instituto corresponden a los riesgos que se encuentren en zona residual **baja y moderada**. Aquellos que se ubiquen en otra zona, se trataran de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- Se tratará los riesgos en zonas "**Extrema**", "**Alta**" o "**Moderada para corrupción**", señalando la opción de tratamiento "**REDUCIR**", a estos se les debe formular acciones de mejora para los riesgos.
- Para los que después de valorados se ubiquen en zonas **moderada y bajas**, el líder del proceso podrá seleccionar la opción: REDUCIR: Formulando acciones para fortalecer o implementar nuevas actividades de control o ACEPTAR: No adoptando medidas que afecten la probabilidad y/o impacto.
- La opción "**ACEPTAR**" no aplica para riesgos de corrupción.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO

(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

- La opción "ACEPTAR" no aplica para riesgos de seguridad digital que apliquen sobre activos clasificados como confidenciales o sensibles, ni para riesgos que afecten a servidores y sistemas misionales críticos.

PARÁGRAFO 1. Planes de tratamiento de riesgos

Las acciones establecidas para dar tratamiento a los riesgos identificados deben dar cumplimiento a los lineamientos del procedimiento para gestión de la mejora GSI-P11, teniendo en cuenta el enfoque hacia el mejoramiento del control y la mitigación de las causas identificadas y se debe escoger el tipo de plan "Tratamiento a Riesgos".

ARTÍCULO SÉPTIMO. Monitoreo, Seguimiento y periodicidad

El Instituto dispondrá desde el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno los criterios de seguimiento y evaluación mediante el análisis que le aplican al procedimiento de gestión de riesgo institucional.

1. Monitoreo

Líder del Proceso, en conjunto con sus equipos de trabajo deben monitorear y revisar cada 3 meses como mínimo los riesgos de su proceso y la efectividad de los controles establecidos y de ser necesario ajustarlos.

En el evento de **materializarse** un riesgo, es necesario que el líder realice los ajustes necesarios con acciones, tales como:

- Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho (Si se trata de corrupción).
- Revisar el Mapa de Riesgos, en particular las causas, riesgos y controles.
- Verificar si se tomaron las acciones y se actualizó el Mapa de Riesgos.
- Realizar un monitoreo permanente.
- Informar a la oficina de planeación.

Cuando se trate de materialización de riesgos de seguridad digital, estos se deben tratar según el **Manual de Gestion de Incidentes de Seguridad de la Información**, el cual define la metodología de tratamiento, medidas de contención, erradicación y recuperación y las actividades que deben realizarse pos incidente.

2. Seguimiento

Oficina de Control Interno, La Oficina de Control Interno realizará seguimiento a los riesgos de proceso, corrupción y seguridad digital con base en los lineamientos y actividades definidos en la tercera línea de defensa, tal como lo describe la Guía de Administración de Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas o aquella que la modifique y/o adicione.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

RESOLUCION NÚMERO
(0494)

POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

La **periodicidad de seguimiento** de acuerdo a los niveles de riesgo residual, serán realizados de la siguiente manera:

- Los riesgos de proceso y seguridad digital determinados como extremos y altos; y los de corrupción se realizará cada 4 meses, dejando evidencia de dicha verificación.
- Los riesgos determinados como moderados y bajos de proceso y seguridad digital se realizará una vez cada año con enfoque principal en la efectividad de los controles.

ARTÍCULO OCTAVO. Información

Con la colaboración de la oficina de comunicaciones el instituto dispondrá varios medios de comunicación, página web, sistema de información para el ambiente de procesos del INC SIAPINC" y otras estrategias que utilizará para realizar comunicación y permitir la consulta a tanto a usuarios internos de todos los niveles de la organización como externos como partes interesadas, difundir la Política de Gestión del Riesgo, mapas de Riesgo y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

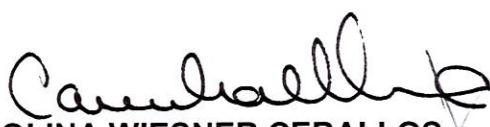
ARTÍCULO NOVENO.- Vigencia

La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la resolución 0660 del 04 de Julio de 2017.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los

21 AGO 2019


CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General



	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P01-F-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	POLITICA INSTITUCIONAL	VIGENCIA:	23-09-2020
Página 1 de 3			

1.NOMBRE DE LA POLÍTICA:

Política de Gestión del Riesgo Institucional

2.ALINEACIÓN CON EL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL (PDI):

2.1.Línea estratégica:

En el PDI del INC la línea Estratégica corresponde a Gestión de Desempeño Institucional

2.2 Objetivos estratégicos:

Se encuentra contemplado en el objetivo No 4. el cual determina como meta “Implementación de un sistema de gestión basado en riesgos” para dar continuidad y cumplimiento a la meta es preciso determinar los lineamientos desde la dirección que se establecerán bajo la manifestación de las intenciones generales del instituto con respecto a la gestión del riesgo en términos de la gestión, tratamiento, manejo y seguimiento que se plasmarán en la “Política de Gestión del Riesgo”.

3.JUSTIFICACIÓN

La Gestión del Riesgo es una de las mejores prácticas que actualmente se llevan a cabo en todo tipo de organizaciones, su finalidad es que gestionen los riesgos tanto de su ambiente exterior o interior, con el fin de que se mitiguen todos aquellos eventos que puedan impactar negativamente el logro de sus objetivos.

4.OBJETIVO (S) DE LA POLÍTICA

4.1.Objetivo general

Establecer las directrices que deben seguir todos los procesos del Instituto Nacional de Cancerología ESE, para implementar el sistema de gestión basado en riesgos.

4.2. Objetivo específico

- Propender por la mejora continua generando una cultura de autocontrol y autoevaluación al interior de cada proceso.
- Identificar, analizar, valorar, hacer seguimiento y tratar los riesgos institucionales, por proceso y por activo de información de manera priorizada.

5. DECLARACION DE LA POLITICA

“El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, se compromete a gestionar los riesgos de manera integral, con la participación de los líderes de los procesos, aliados estratégicos y partes interesadas, con el fin de dar cumplimiento a su misión institucional, a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento a riesgos”

6. DESARROLLO DE LA POLITICA

6.1.Implementación

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P01-F-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	POLITICA INSTITUCIONAL	VIGENCIA:	23-09-2020
Página 2 de 3			

El Instituto implementa la metodología de gestión de riesgos para entidades públicas, establece diferentes niveles de responsabilidad de acuerdo con el modelo de autoridad y líneas defensa, desarrolla las diferentes etapas en la gestión del riesgo y actualiza la información anualmente.

6.2. Indicadores

- Proporción de Riesgos Tratados en el INC -- Oficina de Planeación y Sistemas
- Porcentaje de cumplimiento de seguimiento y monitoreo de riesgos – Oficina de Planeación y Sistemas
- Porcentaje de seguimiento a procesos en la administración de los riesgos Institucionales - Oficina de control interno

7. ANEXOS

Internos:

- GSI-P07-M-02 - MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL
- GSI-P07-M-01 - MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)
- GSI-P09-I-01 - INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR PLANILLA DE IDENTIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN
- GTI-P01-M-03 - MANUAL PARA NORMAS Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

Externos:

Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

8. CONTROL DE ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA

Versión	Fecha de la actualización	Descripción de la actualización
1	Febrero de 2016	Resolución 0077 – Generalidades de la administración del Riesgo.
2	Julio de 2017	Resolución 0660 – Incorporo elementos conceptuales y de operación.
3	Agosto de 2019	Resolución 0494 – Establece y actualiza metodología, referentes normativos y modelo de operación del INC.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P01-F-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	3
	POLITICA INSTITUCIONAL	VIGENCIA:	23-09-2020
Página 3 de 3			

Versión	Fecha de actualización	Descripción de actualización	Responsable OYM
1	07-06-2017	Versión inicial del documento	Administrador del Sistema Tms
2	06-09-2019	Actualización se incluye declaración de la política, justificación, Nombre de la política y alineación con el PDI	Paula Andrea Salamanca Medina
3	23-09-2020	Se elimina el campo de antecedentes, se incluye el máximo de palabras en el campo de objetivo general, declaración de la política, en el punto de desarrollo de la política se desagrega en implementación e indicadores	Paula Andrea Salamanca Medina

"TODA VERSIÓN IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	22-09-2020	Fecha:	23-09-2020	Fecha:	23-09-2020