RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

LA (EL) DIRECTOR(A) GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

En uso de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial las conferidas por la Ley 2291 de 2023 y,

C O N S I D E R A N D O:

Que el Instituto Nacional de Cancerología, en adelante INC mediante la Ley 2291 del 17 de febrero de 2023 transforma la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado en una entidad pública de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, la cual se denomina "Instituto Nacional de Cancerología", perteneciente al sector descentralizado de la rama ejecutiva del orden nacional, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Que la misma Ley 2291 de 2023, en su artículo 7° establece las funciones del Consejo Directivo, entre ellas, el literal c) que determina: "Definir y aprobar los principios, reglas y normas que regirán el Gobierno corporativo de la entidad".

Que de acuerdo al 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, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos del control interno, revisarán temas relacionados con la Gestión de riesgos tales como el sometimiento a aprobación del representante legal de la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta", entre otras.

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."

Que la guía de rol de las unidades de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, establece la evaluación de la gestión del riesgo como uno de los roles de las Oficinas de Control Interno. "*A través de este rol la unidad de control interno (tercera línea de defensa) debe proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos y sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente*".

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.

Que el Decreto 1499 de 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, el cual se

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

articula con el modelo estándar de control interno para el estado colombiano – MECI; por lo que el INC establece la resolución 0753 del 24 de septiembre de 2024 donde actualiza el sistema integrado de gestión de calidad, se adopta el nuevo modelo Integrado de planeación y gestión del Instituto, y constituyo el comité institucional de gestión y desempeño.

Que la Ley 1474 de 2011, dicta normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, además la Ley 2195 de 2022 adopta disposiciones tendientes a prevenir los actos de corrupción, a reforzar la articulación y coordinación de las entidades del Estado y a recuperar los daños ocasionados por dichos actos con el fin de asegurar y promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana y el respeto por lo público.

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, el cual determina que los prestadores de servicios de salud deben gestionar sus riesgos.

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 27001:2022, describe cómo gestionar la seguridad de la información en una empresa, por lo anterior el Instituto definió el Plan de riesgo de seguridad y continuidad digital y el Plan Estratégico de Seguridad de la información, y adicionalmente estableció la Política de Tratamiento de Datos Personales en el Instituto Nacional de Cancerología, para dar cumplimiento al componente de seguridad de la información.

Que el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones MINTIC establece el Modelo de Seguridad y Privacidad de la información , para estar acorde con las buenas prácticas de seguridad, reúne los cambios técnicos de la norma 27001: 2013, (en actualización a la norma 27001:2022), la Ley 1581 de 2012 y demás legislación sobre Habeas data , la Ley 172 de 2014 que regula el derecho de Acceso y transparencia de la Información Pública, entre otras, las cuales se deben tener en cuenta para la gestión del riesgo en la información. En particular publica la Guía 07 – Guía de gestión de Riesgos – que orienta a las Entidades a gestionar los riesgos de seguridad de la información basado en los criterios de seguridad (Confidencialidad, Integridad, Disponibilidad) buscando la integración con la Metodología de riesgos del DAFP.

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 y Protección Social expidió lineamientos de seguridad del paciente, por lo que el Instituto Nacional de Cancerología, expidió la Resolución 0631 del 4 de diciembre de 2020 "Por la cual se actualiza 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.

0820

RESOLUCIÓN NÚMERO _____ DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

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 dio a conocer la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas", para los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, como una herramienta e instrumento que busca establecer lineamientos para prevenir o gestionar la presencia de riesgos, así como definir controles efectivos en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió las circulares 4-5 de 2021 la cual imparte las instrucciones administrativas generales para el diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus subsistemas, además la Circular Externa 009 de 2016, y su modificatoria 5-5 de 2021 establece instrucciones generales relativas a los subsistemas de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM y Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF y por último la circular 53-5 de 2022 respecto de los lineamientos del programa de transparencia y ética empresarial donde determina que los prestadores debe establecer acciones para el fortalecimiento continuo de una de cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude y una gestión antisoborno, este contenido normativo dirigida a todas las entidades jurídicas y naturales que hace parte del Sistema General Seguridad Social en Salud.

Que el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones MINTIC expidió la Resolución 746 de 2022 por la cual se fortalece el modelo de seguridad y privacidad de la información y se definen lineamientos adicionales a los establecidos en la resolución 500 de 2021, que establece los lineamientos y estándares para la implementación de la estrategia de seguridad digital en las entidades.

Que el Instituto creó el procedimiento de gestión del riesgo (GSI-P07) en el proceso Gestión del Sistema de Desempeño Institucional, y en el año 2022 expide la resolución 0365, por medio del cual se actualizó 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.

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

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO: OBJETIVO GENERAL:

Modificar la resolución 0365 de 2022 por medio del cual se actualizó la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del INC, y establecer las directrices que deben seguir todos los procesos del Instituto Nacional de Cancerología, para implementar el sistema integral de gestión en riesgos.

ARTICULO SEGUNDO: OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar, analizar y valorar los riesgos de los subsistemas que componen el sistema integral de riesgos
- Hacer seguimiento y tratar los riesgos de los procesos estableciendo medidas de control a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos
- Implementar políticas y medidas encaminadas al fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude y antisoborno

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

- Realizar acciones de aseguramiento de la información teniendo en cuenta los requisitos legales, operativos, tecnológicos, de seguridad y de la institución con el fin de asegurar el cumplimiento de la integridad, disponibilidad, confidencialidad y legalidad de la información.

ARTICULO TERCERO: DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

"El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, gestionara los riesgos de manera integral, con la participación de los líderes de los procesos, sus equipos de trabajo y partes interesadas, con el fin de dar cumplimiento a su misión institucional, a través de la identificación, análisis, valoración y tratamiento a riesgos"

ARTICULO CUARTO: CAMPO DE APLICACIÓN Y ALCANCE DE LA POLÍTICA

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 el instituto, orientado al control de los riesgos por proceso y en cada uno de los siguientes subsistemas que lo componen:

- Subsistema de Riesgos en Salud (de la atención en salud)
- Subsistema de Riesgos de Gestión u Operacionales
- Subsistema de Riesgo de Liquidez
- Subsistema de Riesgo de Mercado de capitales
- Subsistema de Riesgo Actuarial
- Subsistema de Riesgo de Crédito
- Subsistema de Riesgo Fiscal
- Subsistema de Riesgos de Seguridad de la Información
- Subsistema de Riesgos de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención
- Subsistema de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM
- Subsistema de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF – S (Incluye lineamientos de Trasparencia y Ética empresarial).

Y en cuanto al subsistema de riesgos relacionados con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST) y al Subsistema de Riesgo Ambiental, teniendo en cuenta que tiene su propia normatividad se aplica la metodología específica para tal fin. Lo anterior se fundamenta en el modelo de operación por procesos, conforme a los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- para lo cual se tendrán en cuenta los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

El INC trabaja de acuerdo con los principios y valores organizacionales y promueve una cultura de ética y transparencia en todas nuestras operaciones.

- **METODOLOGÍA:**

La metodología aplicada para la gestión de riesgos en el INC está desarrollada con base en los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- , la Guía de gestión de riesgos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información del Ministerio de

RESOLUCIÓN NÚMERO 1820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

Tecnologías de la Información y las comunicaciones (MINTIC) y la estructura del Sistema Integrado de Gestión – SGI.

Para los riesgos de seguridad del paciente se aplica los lineamientos de la seguridad del paciente de acuerdo con resolución 0631 del 4 de diciembre de 2020 en la que se compromete a trabajar por la reducción de los eventos adversos e incidentes durante la prestación de servicios de salud oncológicos.

ARTÍCULO QUINTO. 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. 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 esta (sistemas, soportes, edificios, personas, etc.) que tenga valor para la organización.
- **ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- **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.
- **INCIDENTE:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención1, en complemento a la definición se tiene en cuenta como falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o una complicación: error sin daño.
- **ANÁLISIS DEL RIESGO:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento 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.
- **EVENTO ADVERSO:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
- **CAUSA:** Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo.
- **CONSECUENCIA:** Efectos generados por la ocurrencia o materialización 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:** Definición de las características o aspectos esenciales del entorno interno y externo en el cual opera la entidad, 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.

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

- **EVENTO:** Incidente o situación que ocurre en la entidad durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **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.
- **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.
- **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.
- **SARLAFT/PADM:** Sistema de administración, prevención y control para la adecuada gestión del riesgo de lavado de activos, de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD, EL FRAUDE Y EL SOBORNO – SICOF-S:** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por la Consejo Directivo, la alta dirección y demás funcionarios del instituto para prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de la organización.
- **TOLERANCIA AL RIESGO:** son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos.
- **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.

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

ARTÍCULO SEXTO. ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Instituto establece diferentes niveles de responsabilidad por lo tanto adopta el ESQUEMA LÍNEAS DE DEFENSA, el cual está orientado en la definición de los roles y responsabilidades en la gestión del riesgo y control, se trata del esquema referencial para describir las responsabilidades y funciones en la administración del riesgo institucional, la cual se operativiza a través del Manual de Gestión de riesgos Institucional 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, en este orden, el modelo de las tres líneas de defensa se distingue tres grupos así:

- **Línea Estratégica de Defensa:**

En el INC está conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y para los subsistemas en específico de SARLAFT/PADM y SICOF-S por el tendrá injerencia el consejo directivo según establece la normatividad. La responsabilidad de esta línea de defensa se centra en la **emisión, revisión, validación y supervisión** del cumplimiento de la política en materia de gestión del riesgo para la toma de decisiones.

- **Primera Línea de Defensa:**

Conformada por los líderes o responsables de proceso y sus equipos de trabajo, realizan **seguimiento y monitoreo permanente**; como primera línea de defensa, son propietarios de los riesgos y los gestionan, se encarga de le ejecución y mantenimiento efectivo de controles establecidos trabajando por que las actividades desarrolladas en sus áreas o servicios sean compatibles con las metas y objetivos de proceso. Por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos, además, son responsables de la implementación de acciones correctivas para hacer frente a deficiencias del proceso y de los controles.

- **Segunda Línea de Defensa:**

La cual realiza **seguimiento** Ambientales, Seguridad asesora de Planeación quien lidera el sistema integral de riesgos, la oficina asesora de calidad, los líderes de los diferentes subsistemas y grupos de riesgos institucionales tales como Salud (Seguridad del paciente, Riesgos Clínicos y Poblacionales), Gestión u Operacionales, Liquidez, Mercado de capitales, Actuarial, Fiscal, Crédito, Ambientales, Seguridad de la Información, investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, SARLAFT/PADM, SICOF – S y Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST).

La segunda línea de defensa ejecuta las tareas de supervisión de los controles establecidos y el cumplimiento de políticas y estándares definidos por la institución, proporcionando apoyo a los diferentes responsables internos de la (1ª línea), en la definición del sistema de control de riesgos, vela por el cumplimiento normativo tanto interno como externo, tanto de Leyes y reglamentos aplicables como políticas y estándares internos y construye información generada por los procesos y reporta a la alta dirección y línea estratégica.

- **Tercera Línea de Defensa:**

La cual realiza **evaluación independiente** está conformada por la Oficina de Control Interno de Gestión, quienes evalúan de manera independiente y objetiva la gestión de riesgos, revisa la efectividad y eficacia de los controles implantados por la primera y segunda líneas de

defensa. Esta tercera línea de defensa permite una visión independiente y objetiva sobre el control de riesgos mediante el proceso de auditoría interna, este proceso de revisión aporta supervisión neutral sobre las dos primeras líneas de defensa, evaluando el sistema de control interno del INC en su conjunto para identificar debilidades y recomendar mejoras.

También hace parte de la tercera línea, control interno disciplinario, en cumplimiento de un rol de enfoque hacia la prevención para compartir información, actuando de manera preventiva en los riesgos de COF-S (corrupción, opacidad, fraude o soborno) a través de estrategias de socialización, inducción, reinducción o campañas de prevención y realizando recomendaciones con alcance preventivo de forma integral. Por otro lado, la oficina de control interno disciplinario es la encargada de conocer las quejas disciplinarias, y adelantar la etapa de instrucción, la Oficina Jurídica funge como primera instancia y la dirección como segunda instancia dentro del proceso disciplinario con cumplimiento del ordenamiento jurídico vigente, en todas las acciones que materialicen un riesgo de COF-S.

ARTÍCULO SEPTIMO. NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Con base en los resultados de la valoración y evaluación del riesgo, se determina la zona de riesgo residual 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 al fortalecimiento de los controles existentes, así:

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

La tolerancia o aceptación es el nivel del riesgo que puede o está dispuesta a soportar el INC en relación con la consecución de sus objetivos, está sujeto al tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales y son considerados para cada uno de los procesos. Por lo anterior el INC determina:

- El INC tolera o acepta los riesgos que se encuentren en zona residual **BAJA Y MODERADA**, los riesgos calificados en estas zonas de criticidad cumplen con los criterios de aceptación de riesgo, no es necesario poner controles adicionales y este puede ser aceptado, están sujetos a monitoreo, para ellos se establecen acciones de control preventivas que permitan reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

- Los riesgos que el INC prioriza son los que posterior a la etapa de valoración se ubiquen en zona de riesgo residual **ALTA o EXTREMA** o que sean de **CORRUPCIÓN**, estos riesgos se deben incluir en el matriz de riesgo Institucional y a ellos se les establece controles o acciones de control preventivas que permitan mitigar la materialización del riesgo y se debe hacer seguimiento.

- En los riegos de seguridad digital valorados en zona de riesgo residual **ALTA o EXTREMA**, se consolidará el plan de tratamiento de riesgos de Seguridad de la Información. Para los riesgos que se consideren en zona **BAJA Y MODERADA**, se deben continuar monitoreando la operación de los controles.

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

- Para los riesgos de corrupción la tolerancia es cero (0) y es inaceptable.

ARTÍCULO OCTAVO. TRATAMIENTO DE RIESGOS

Es la respuesta establecida por la primera línea de defensa para la mitigación de los diferentes riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la corrupción.

Las opciones existentes en materia de tratamiento del riesgo la definen los lideres de proceso o procedimiento, quienes deberán tener en cuenta la importancia del riesgo, lo cual incluye el efecto que puede tener sobre el instituto, la probabilidad e impacto de este y la relación costo-beneficio de las medidas de tratamiento. En todos los casos para los riesgos de corrupción la respuesta será evitar o reducir el riesgo. El tratamiento o respuesta dada al riesgo, se enmarca en las siguientes categorías:

- **Evitar el riesgo:** Cuando los escenarios de riesgo identificado se consideran demasiado extremos se puede tomar una decisión para evitar el riesgo, mediante la cancelación de una actividad o un conjunto de actividades. Desde el punto de vista de los responsables de la toma de decisiones, este tratamiento es simple, la menos arriesgada y costosa, pero es un obstáculo para el desarrollo de las actividades del INC y, por lo tanto, hay situaciones donde no es una opción.

- **Reducir o mitigar el riesgo:** El nivel de riesgo debería ser administrado mediante el establecimiento de controles, de modo que el riesgo residual se pueda reevaluar como algo aceptable para el INC. Estos controles disminuyen normalmente la probabilidad y/o el impacto del riesgo. Deberían seleccionarse controles apropiados y con una adecuada segregación de funciones, de manera que el tratamiento al riesgo adoptado logre la reducción prevista sobre este.

- **Aceptar es:** Aceptar un riesgo es una decisión informada de asumir las consecuencias y la probabilidad de un riesgo en particular, generalmente se admite la existencia del riesgo debido a que se encuentra en una zona de riesgo "Baja" o "Moderada"; el responsable puede aceptar las posibles consecuencias, si estas no afectan el logro de los objetivos del proceso.

- **Trasferir:** Es entregar la responsabilidad a otra persona u entidad para que se encargue de prevenirlo, eliminarlo o asumir el costo financiero en caso de que el evento o riesgo negativo ocurra. Con la transferencia, el problema pasa a ser de esa otra entidad o persona a la que se le entrega la responsabilidad. En el INC es una alternativa casi nula.

Se podrá establecer plan o acciones de tratamiento (diferente a los controles) a los riesgos identificados por proceso, teniendo en cuenta el enfoque hacia el control y la mitigación de las causas identificadas.

ARTÍCULO NOVENO. MONITOREO y SEGUIMIENTO

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.

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

1. MONITOREO

El **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 de la ocurrencia del hecho
- Si se trata de corrupción realizar la denuncia del posible acto y tomar medidas.
- Revisar el Mapa de Riesgos, en particular las causas, factores de riesgo y controles.
- Realizar análisis causal del evento y adoptar las medidas o acciones necesarias
- Realizar un monitoreo permanente.
- Reportar en el indicador de riesgos materializados por proceso y realizar su respectivo análisis.

Cuando se trate de materialización de riesgos de seguridad digital, estos se deben tratar según el Manual de Gestión de Incidentes de Seguridad de la Información (o norma que la modifique, adicione o sustituya), el cual define la metodología de tratamiento, medidas de contención, erradicación y recuperación y las actividades que deben realizarse pos incidente.

2. SEGUIMIENTO

1. **Oficina de Planeación y lideres de subsistemas de riesgos**

El seguimiento a la actualización de las matrices de riesgo y de la gestión del riesgo, acorde con las líneas de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG- la segunda línea de defensa a cargo de la oficina de Planeación y Sistemas quien realizara verificación de monitoreo de riesgos por parte de la primera línea de defensa, además presentará de manera anual informe de la gestión integral del riesgo,

Por otro lado, los líderes de los diferentes subsistemas y grupos de riesgos institucionales tales como Salud (Seguridad del paciente, Riesgos Clínicos y Poblacionales), Gestión u Operacionales, Liquidez, Mercado de capitales, Actuarial, Crédito, Ambientales, Seguridad de la Información, investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención, SARLAFT/PADM, SICOF – S y Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST). Debe realizar seguimiento autónomo de su grupo de riesgos y deberá dar apoyo a los diferentes responsables internos de la (1ª línea), en la definición del sistema de control de riesgos.

2. **Oficina de Control interno**

De conformidad con la normatividad vigente, entre otras, el Manual Operativo de MIPG, la Oficina de Control Interno ejecuta la evaluación Independiente con periodicidad **semestral**, realizando evaluación y seguimiento del Sistema de Gestión de Riesgos, revisión de la aplicación y efectividad de los controles, así como los planes de mejora de tratamiento a riesgos que se suscriban. Lo anterior de acuerdo con los niveles de riesgo residual, se dejará evidencia de dicha verificación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 0820 DE 2024

"Por medio de la cual se modifica la política de gestión del riesgo en el contexto del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Cancerología, y se dictan otras disposiciones"

ARTÍCULO DECIMO. ACTUALIZACIÓN DE MAPAS DE RIESGOS

La revisión al contenido de la matriz de riesgos institucional se realizará como mínimo una vez al año o cuando las circunstancias lo ameriten, a partir de modificaciones, cambios sustanciales en el contexto o cualquier hecho sobreviviente externo o interno que afecte la operación del proceso o de la entidad.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. COMUNICACIÓN Y CONSULTA

El Instituto dispondrá varios medios de comunicación y diferentes estrategias de capacitación y socialización de temas de interés, entre ellas el uso de la página web, sistemas de información para el ambiente de procesos SIAPINC", herramientas de consulta entre otras con el objetivo de difundir información de la Política de Gestión del Riesgo, mapas de Riesgos, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para permitir la consulta a usuarios internos como externos de todos los niveles de la organización y partes interesadas.

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. VIGENCIA Y DEROGATORIA

La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición y modifica las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 0365 del 27 de mayo de 2022.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., el_____de octubre de 2024

18 OCT 2024 18 OCT 2024

NOMBRE DEL DIRECTOR(A)
Director(a) General

Elaboro: Diana Patricia Martínez – Profesional Especializado – OAPS
Revisó: Edna Liliana Alfonso – Jefe Oficina de Planeación (E) – OAPS

Revisores Miembros del Comité de Coordinación de Control Interno:

1. Dra. Maria Carolina Hernandez Villegas – Jefe Oficina de Control Interno
2. Dr. Martin Riaño – Subdirector Administrativo y Financiero (E)
3. Dr. Álvaro Quintero – Subdirector de Investigaciones y Salud Pública
4. Dr. Edgar Salguero - Asesor de Calidad
5. Ing. Julián Leonardo Castrillon – Profesional Especializado Oficina de Planeación
6. Dr. Mauricio Garcia Mora – Subdirector General de Atención Médica y Docencia (E)