	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 1 de 17			

MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE –SICOF

GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

**ELABORADO POR:
ASESORÍA JURÍDICA**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

2022

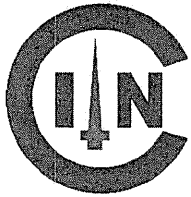
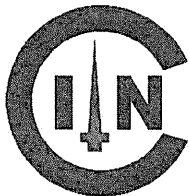
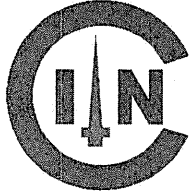
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 2 de 17			

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVOS	4
3.	ALCANCE	4
4.	APROBACIÓN	4
5.	NORMATIVIDAD.....	4
5.1	ESTÁNDARES INTERNACIONALES.....	5
5.2	NORMATIVIDAD LEGAL	5
5.3	NORMATIVIDAD TÉCNICA	5
5.4	NORMATIVIDAD INTERNA.....	5
6.	DEFINICIONES TÉCNICAS.....	6
7.	ELEMENTOS DEL SICOF	7
7.1	POLÍTICAS	7
7.2	LINEAMIENTOS	8
8.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	9
9.	ROLES Y RESPONSABILIDADES DE QUIENES PARTICIPAN EN EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE.....	10
9.1	Funciones de la Junta Directiva.	10
9.2	Funciones del Represente Legal.	11
9.3	Funciones del Oficial de Cumplimiento.....	11
10.	ÓRGANOS DE CONTROL	12
10.1	Revisoría Fiscal.....	12
10.2	Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.....	12
11.	CUMPLIMIENTO DEL SICOF.....	13
12.	HERRAMIENTAS.....	13
12.1	SIAPINC.....	13
12.2	SAP.....	13
13.	PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGIAS DEL RIESGO COF.....	13
13.1	IDENTIFICACIÓN DEL POSIBLE RIESGO COF.....	13
13.2	MEDICIÓN DEL RIESGO COF.....	14
13.3	CONTROL DEL RIESGO COF.....	14
13.4	MONITOREO DE RIESGO COF	14

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 3 de 17			

13.5 METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO SICOF	14
14. PROCEDIMIENTO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS PARA EL CONTROL DEL RIESGO SICOF.	14
14.1 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COF	15
14.2 PARÁMETROS PARA EL MANEJO DE CONFLICTOS DE INTERÉS	15
14.3 POLÍTICA SOBRE LA PROTECCIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE PERSONAS QUE INFORMAN POSIBLES CASOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE.	16
14.4 MECANISMOS PARA EVITAR EL USO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA O RESERVADA Y ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.	16
14.5 CONSECUENCIAS DE LA INOBSERVANCIA DEL PRESENTE MANUAL	17
14.6 ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL SICOF.	17
14.7. AJUSTE DEL SICOF.	17

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 4 de 17	

1. INTRODUCCIÓN

En atención a la naturaleza de las actividades realizadas por el Instituto Nacional de Cancerología ESE y a su calidad de agente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario implementar y ajustar al Sistema General de Gestión de Riesgo, las labores de identificación, medición y control de los riesgos relacionados con la corrupción, la opacidad y el fraude para brindar mayor seguridad a los diferentes agentes que interactúan con la entidad, dando siempre un enfoque de prevención, sin disminuir esfuerzos en las actividades de detección y respuesta de acuerdo con lo ordenado en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. El presente manual contiene las políticas para la Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, su estructura organizacional, roles y responsabilidades de quienes participan en él, así como las medidas para asegurar su implementación y cumplimiento, y deberá estar articulado con esquemas de control del riesgo en la entidad el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conocido como SARLAFT.

2. OBJETIVOS

Orientar el actuar de todos los funcionarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE y demás personal vinculado, en la prevención, el manejo, identificación y control de los riesgos de corrupción, la opacidad y el fraude. De esta manera, debe ser un pivote en la humanización y mejora continua en el objeto misional del Instituto Nacional de Cancerología ESE.

Describir las políticas, metodologías y procedimientos encaminados a evitar la materialización de estos riesgos y el consecuente impacto jurídico, económico, operacional y de reputación que puedan ocasionar de acuerdo con el Código de Integridad institucional.

Prevenir, detectar y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de la entidad.

Articular la actuación administrativa de prevención y mitigación del daño con otros mecanismos de gestión del riesgo y del desempeño institucional como el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conocido como SARLAFT por sus siglas en inglés.

3. ALCANCE

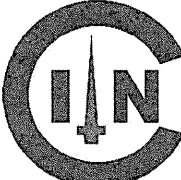
El presente manual va dirigido a toda la organización que incluye los miembros de la junta directiva u órgano que haga sus veces, órganos de control, revisoría fiscal, servidores públicos, proveedores, contratistas, terceros y demás personal vinculado al Instituto Nacional de Cancerología ESE y contiene las etapas, elementos y políticas que conforman el SICO.

4. APROBACIÓN

El presente Manual del SICO en su versión N°1 fue revisado por la Dirección General el viernes 16 de septiembre de 2022 y aprobado por la Junta Directiva el 15 de diciembre de 2022.

5. NORMATIVIDAD

El Manual de SICO, su diseño e implementación, se basa en los siguientes estándares internacionales, normatividad legal y técnica nacional, así como normatividad interna del Instituto Nacional de Cancerología ESE relacionadas con la gestión del riesgo:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 5 de 17	

5.1 ESTÁNDARES INTERNACIONALES

- Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997).
- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003).
- Ley 970 de 2005 – Sentencia C-172 de 2006
- Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión.

5.2 NORMATIVIDAD CONSTITUCIONAL, LEGAL Y REGLAMENTARIA

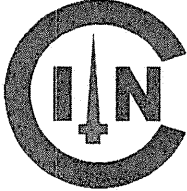
- Constitución Política, artículos 49 y 209.
- Ley 1437 de 2011, artículos 2° y 3°.
- Ley 1438 de 2011, artículo 3°, numeral 3.14.
- Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), artículo 12.
- Ley Estatutaria de transparencia 1712 de 2014.
- Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, artículo 2.
- Ley 2195 de 2022
- Decreto 1083 de 2015 Único de la Función Pública, arts. 2.2.22.1 y siguientes.
- Decreto 780 de 2016
- Decreto 830 de 2021.
- Decreto 1463 de 2022.
- Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021, Supersalud.
- Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario).
- Circular Externa 100-019 de 2021 DAFP.

5.3 NORMATIVIDAD TÉCNICA

- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016.
- 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.

5.4 NORMATIVIDAD INTERNA

- Código de Integridad – Resolución 193 de 2019.
- Código de Buen Gobierno Corporativo – Acuerdo 008 de 2020.
- Política de Gestión del Riesgo.
- Acuerdo 005 de 2022 – por medio del cual se adopta el manual del SARLAFT
- Manual de Calidad.
- Manual para la Gestión del Riesgo Institucional.
- Reglamento interno de la Junta Directiva- Acuerdo 11 de 2019.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 6 de 17	

6 DEFINICIONES TÉCNICAS

A continuación, se relacionan algunos conceptos técnicos que se emplean en el presente manual SICOF para su mayor comprensión y aplicación.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

CANAL ANTICORRUPCIÓN: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

CONFLICTOS DE INTERESES: Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CORRUPCIÓN: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

CORRUPCIÓN PRIVADA: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.

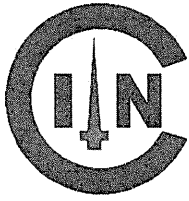
FRAUDE: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

FRAUDE EXTERNO: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de esta o incumplir normas o leyes.

FRAUDE INTERNO: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

INFORMACIÓN PRIVILEGIADA: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 7 de 17			

MONITOREO: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

OPACIDAD: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

RIESGO: Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad.

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE – SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de la organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de la entidad, sometida a inspección y vigilancia, evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.
2. Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de la organización.
3. Realizar una gestión adecuada de los riesgos.

TRÁFICO DE INFLUENCIAS: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

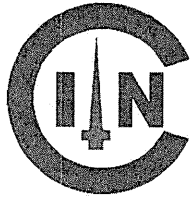
7 ELEMENTOS DEL SICOF

7.1 POLÍTICAS

El Instituto Nacional de Cancerología ESE promueve una cultura de cero tolerancia a la corrupción, la opacidad, el fraude y todo acto que contrarie los principios organizacionales, con objetivos encaminados a la prevención respecto a estos riesgos, con un actuar ético y transparente para conducir sus actividades de una manera socialmente responsable y, de ser el caso realizar la correspondiente denuncia la corrupción, la opacidad y el fraude que, encualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad.

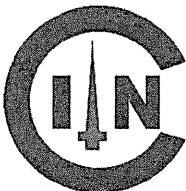
Las políticas del SICOF están alineadas con la Política de Gestión del Riesgo la cual fue declarada de la siguiente manera:

“EI 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”.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 8 de 17	

7.2 LINEAMIENTOS

1. La administración del SICO es efectuado por el Instituto Nacional de Cancerología ESE, en el marco legal vigente, y en cumplimiento de las directrices impartidas por los entes reguladores competentes.
2. La administración del SICO es parte integral de la Política de Gestión de Riesgos del Instituto Nacional de Cancerología ESE.
3. La administración del SICO está articulada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) del Instituto Nacional de Cancerología ESE, fomentando el trabajo en equipo por parte de las personas y procesos que intervienen, de acuerdo con el marco normativo legal vigente y con los criterios establecidos en este manual.
4. El Oficial de Cumplimiento deberá coordinar la custodia y el manejo de la documentación y registros del SICO con los responsables que aplican los controles.
5. Lo establecido en las políticas, el manual, los procedimientos, instrumentos y formatos definidos en el SICO hacen parte del sistema de gestión de la calidad y son de obligatorio cumplimiento por parte de los servidores públicos del Instituto Nacional de Cancerología ESE.
6. El Instituto Nacional de Cancerología ESE archivará adecuadamente todos los registros durante los tiempos que establece la tabla de retención documental el marco normativo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de mantener su disponibilidad e informar a las partes interesadas, sobre la prohibición de divulgar o publicar los contenidos de los reportes de operaciones inusuales y sospechosas. El período de conservación de la documentación será de 10 años, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005.
7. La aplicación de los controles, documentación del SICO y evidencia en donde están plasmados estos controles, es responsabilidad del personal de cada proceso.
8. El Instituto Nacional de Cancerología ESE procurará, en todos sus procesos, la resolución de conflictos de intereses en la recolección de información, en concordancia con el Capítulo Octavo del Código de Gobierno Corporativo y el Código de Integridad del servidor Público adoptado por el Instituto.
9. El Instituto Nacional de Cancerología ESE tendrá prohibido financiar sus gastos o inversiones con la participación de intermediarios financieros que no estén legalmente constituidos y vigilados por las autoridades competentes.
10. El Instituto Nacional de Cancerología ESE prohíbe la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte legal interno o externo fechado y autorizado por quienes en ellos intervengan o elaboren.
11. Teniendo en cuenta que el riesgo de COF, una vez materializado, potencialmente genera importantes pérdidas mediante la materialización de riesgos legales, operacionales, reputacionales y de contagio, el Instituto Nacional de Cancerología ESE remitirá a la oficina de control interno disciplinario para lo de su competencia, de conformidad con el marco normativo que regula la materia, a aquellos servidores públicos que incumplan con lo establecido en este manual en relación con el cumplimiento de las políticas, etapas o elementos del SICO.
12. El Código de Integridad del Instituto Nacional de Cancerología ESE ha definido los valores institucionales, con el fin de que los funcionarios se apropien y actúen siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con rectitud, justicia, imparcialidad y siempre favoreciendo el interés general.
13. Instituto Nacional de Cancerología ESE establece los lineamientos, directrices e instrumentos necesarios para la vinculación y realización de operaciones con sus clientes (paciente particular o familiar), proveedor, contratista, empleado, tercero, donante, y rechaza el establecimiento o la renovación de una relación contractual que no cumpla con los requisitos exigidos por la Ley y sus normas internas.
14. El Instituto Nacional de Cancerología ESE ejerce la debida diligencia reforzada para la plena identificación de las personas naturales o jurídicas con quienes realice transacciones, en el evento en que tales negociaciones no requieran la presencia física de las partes.
15. El Instituto Nacional de Cancerología ESE contratará los servicios que requiera con los usuarios que hayan cumplido con los procedimientos de presentación y actualización de la información establecida para conocerlos y prevenir y controlar el riesgo COF.

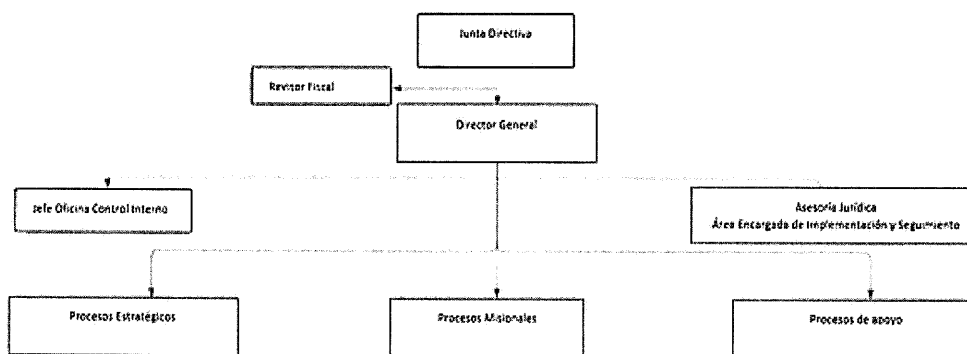
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GS-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 9 de 17			

16. El Instituto Nacional de Cancerología ESE se abstiene de negociar productos o servicios con proveedores que no hayan cumplido con los procedimientos de vinculación o actualización de información establecidos sobre prevención y control del riesgo de COF.
17. El Instituto Nacional de Cancerología ESE se asegurará que los servidores públicos que se relacionan directamente con los clientes y proveedores cumplan los procedimientos establecidos y suministren la información requerida según los productos o servicios de que se trate, asegurándose de documentarla según las directrices establecidas.
18. El Instituto Nacional de Cancerología ESE aplica la debida diligencia en la selección y vinculación del personal, y aplica la debida diligencia reforzada para la selección y vinculación de personal directivo, de acuerdo con el marco normativo legal.
19. El Instituto Nacional de Cancerología ESE promueve y suscribe pactos de integridad y transparencia con sus subordinados.
20. El Instituto Nacional de Cancerología optimiza sus sistemas de comunicación e información al interior de la entidad y con las instituciones públicas, privadas y gremiales con quienes tenga relación para establecer pactos éticos y transparentes frente al desempeño de la función administrativa promoviendo los principios que rigen la contratación pública.
21. El Instituto Nacional de Cancerología ESE insta al compromiso, tanto individual, como colectivo, del respeto a los principios de transparencia, las buenas prácticas empresariales y la transversalidad de las políticas de gestión del riesgo COF.
22. El Instituto Nacional de Cancerología ESE garantiza la claridad, equidad, viabilidad y transparencia en todos sus procesos.
23. El Instituto Nacional de Cancerología ESE articulará el funcionamiento de este subsistema con el mecanismo del Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conocido como SARLAFT por sus siglas en inglés, entre otros, sin perjuicio de sus especificidades y objetivos.

8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

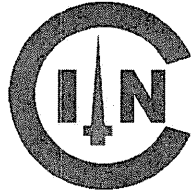
La estructura organizacional y de gobierno del SICOF dentro del Instituto Nacional de Cancerología ESE se grafica de la siguiente manera:

Gráfico1. Estructura organizacional del SICOF



Fuente: elaboración propia Asesoría Jurídica

La Estructura Organizacional SICOF y la operatividad de este, son asignadas a diferentes responsables, bajo la coordinación del Oficial de Cumplimiento de acuerdo con lo contemplado en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 10 de 17	

9 ROLES Y RESPONSABILIDADES DE QUIENES PARTICIPAN EN EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE.

Los roles y responsabilidades del subsistema SICO se definen de conformidad con la Política de Administración de Riesgo¹, el cual se encuentra fundamentado en la línea estratégica de defensa conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno con el fin de emitir, revisar, validar y supervisar el cumplimiento de las políticas establecidas para la gestión de riesgo de la siguiente manera:

Una primera línea de defensa conformada por los líderes de proceso y todos sus equipos de trabajo los cuales realizan seguimiento y monitoreo constante para mantener la efectividad de los controles internos identificando, evaluando, controlando y mitigando los riesgos.

Una segunda línea de defensa en cabeza de la Oficina Asesora de la Dirección general encargada de realizar el seguimiento a los controles de la primera línea de defensa para garantizar que los mismos sean apropiados, además de supervisar la aplicación eficaz de las prácticas de la gestión del riesgo.

Por último, una tercera línea de defensa autónoma, independiente y objetiva, ejercida por el órgano de control interno de la entidad, la cual se encarga de evaluar la efectividad de los controles ejercidos por la primera y segunda línea con una periodicidad de seis (6) meses.

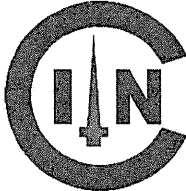
Adicional a lo anterior, la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud define los roles y responsabilidades de los órganos de dirección y administración de la siguiente manera:

9.1 Funciones de la Junta Directiva.

Dentro del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICO, se contemplan las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICO, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICO.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICO y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICO, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICO.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICO.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICO, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICO, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICO, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución de este y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

¹ Resolución 0365 del 22 de mayo de 2022

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOE	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 11 de 17			

- k. Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOE respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

9.2 Funciones del Representante Legal.

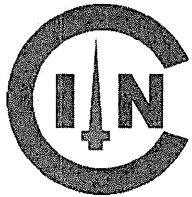
Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOE.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOE.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Prestar apoyo efectivo, eficiente y oportuno al Oficial de Cumplimiento.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOE, de acuerdo con los términos establecidos.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOE, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021.
- Proveer los recursos técnicos y humanos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento del SICOE.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.
- Mantener disponible la información que deba ser remitida a la Superintendencia Nacional de Salud en desarrollo del SICOE.

9.3 Funciones del Oficial de Cumplimiento.

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al SICOE, así como a su mejoramiento continuo será delegado, por la Dirección General, el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al nominador con la tutela de la Junta Directiva, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo. El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOE, que puede ser oficial de cumplimiento del SARLAFT, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad y de generación de alertas.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOE	VIGENCIA:	30-09-2022
Página 12 de 17			

- g. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- h. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOE.
- i. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOE, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- j. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzón especial en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- k. Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- l. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- m. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades competentes los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- n. Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- o. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOE, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- p. Elaborar el plan anual de acción del SICOE y darle estricto cumplimiento.
- q. Recomendar a la junta directiva y a la Dirección General adoptar medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarios) para fortalecer el SICOE.
- r. Articular el SICOE con el SARLAFT.

10 ÓRGANOS DE CONTROL

Los órganos de Control dentro del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude son los responsables de efectuar la evaluación de este y deberán informar los resultados a los órganos competentes de forma oportuna.

10.1 Revisoría Fiscal.

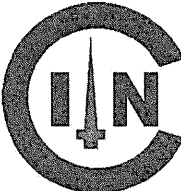
Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal éste debe:

- a. Elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOE.
- b. Poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOE, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

10.2 Auditoría Interna o quien ejerza el control interno.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe:

- a. Evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOE, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.
- b. Informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 13 de 17	

11 CUMPLIMIENTO DEL SICOF

El Instituto Nacional de Cancerología ESE garantiza el cumplimiento de las políticas y objetivos del subsistema SICOF a través de los elementos de difusión periódica de información a los integrantes del grupo trabajo, empleados internos y sujetos externos o contrapartes con quienes existan relaciones contractuales acerca del reporte de los riesgos propios del subsistema teniendo en cuenta la doble naturaleza de los mismos, por un lado tipificados como delitos y por otro, definidos como un riesgo de carácter operacional que de llegar a materializarse, genera pérdidas a la entidad y tiene connotaciones negativas a la reputabilidad de la misma.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE promueve el ejercicio de los principios de transparencia y desarrolla los controles necesarios para evitar el riesgo COF con un enfoque preventivo, de detección, respuesta y corrección de estos a través de los canales de información internos y las líneas de defensa estratégica.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE procederá a la apertura de procesos disciplinarios de conformidad con el marco normativo que regula la materia, a aquellos servidores públicos que incumplan con lo establecido en este manual en relación con el cumplimiento de las políticas, etapas o elementos del SICOF.

12 HERRAMIENTAS

El Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta con herramientas tecnológicas articuladas para brindar efectividad y seguimiento oportuno del riesgo COF como lo son:

12.1 SIAPINC.

El Sistema de Información de Apoyo a los Procesos del Instituto Nacional de Cancerología (SIAPINC) es un repositorio informático, desarrollado y operado por el Instituto Nacional de Cancerología ESE, en el que apoya el sistema de gestión del Instituto Nacional de Cancerología ESE. Allí se alojan los documentos del Sistema de Gestión del Instituto Nacional de Cancerología ESE, incluyendo los documentos del Sistema de Gestión Integral del Riesgo y del riesgo COF (manual, formatos, etc.).

12.2 SAP.

Este es el sistema transaccional de gestión administrativa y asistencial del INC, aporta al riesgo COF el monitoreo de las prestaciones del servicio, las transacciones relacionadas con las compras y contratación, tesorería (manejo de efectivo), ingreso y salida de activos fijos para donaciones.

13 PROCEDIMIENTOS Y METODOLOGÍA DEL RIESGO COF.

El procedimiento para el riesgo COF se encuentra definida con las Políticas para el Riesgo Institucional y establece las etapas de este de acuerdo con el contexto interno y externo alineadas con el contexto estratégico, objetivos, metas, y en general con la actividad de la organización de la siguiente manera:

13.1 IDENTIFICACIÓN DEL POSIBLE RIESGO COF.

El proceso de identificación del riesgo COF tiene como finalidad permitir al Instituto Nacional de Cancerología ESE reconocer, explorar y documentar los riesgos inherentes en desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta.

La metodología que se utilizara para la identificación de estos riesgos es la unificada para la gestión del riesgo de acuerdo con el procedimiento GSJ-P07 PROCEDIMIENTO PARA GESTIÓN DEL RIESGO y el manual GSJ-

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 14 de 17	

P07-M-02 MANUAL PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL numeral 11. La identificación del riesgo es surtida por los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.

13.2 MEDICIÓN DEL RIESGO COF

La medición del riesgo COF y su análisis consiste en determinar la probabilidad o posibilidad de ocurrencia del riesgo inherente de cada uno de los eventos definido en la FICHA INTEGRAL DEL RIESGO U OPORTUNIDAD, así como medir el impacto sobre la institución. Para los riesgos de COF es necesario describir los elementos de su definición y debe estar descrito de manera clara y precisa, su redacción no debe dar lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.

13.3 CONTROL DEL RIESGO COF.

Una vez definido el perfil de riesgo inherente, se identifican los controles que permiten prevenir y disminuir el impacto o la frecuencia de las causas asociadas a los riesgos, desde la perspectiva de prevención, detección y corrección, generando una cadena de control suficiente para el tratamiento del riesgo. En la valoración de los riesgos identificados, se tendrán en cuenta la calidad de los controles establecidos para el tratamiento de estos.

Los líderes de proceso y su equipo de trabajo definirán dichos controles para mitigar el riesgo inherente de cada uno de los eventos de riesgo identificados en las etapas anteriores, lo cual se hará teniendo en cuenta los criterios de efectividad de los controles definido en la Política de Gestión Integral del Riesgo del Instituto Nacional de Cancerología ESE, la efectividad de los controles tendrá un seguimiento adicional por parte de la oficina de control interno de gestión.

13.4 MONITOREO DE RIESGO COF

El monitoreo del riesgo COF se realiza de conformidad con la Política de Administración de Riesgo, es decir, haciendo uso del modelo de línea de defensa en el cual la segunda línea de defensa, en cabeza de la oficina asesora de la Dirección General, ejecuta trimestralmente seguimiento y monitoreo con la primera línea de defensa (Líder de proceso) y la tercera línea de defensa, representada por la oficina de control interno de gestión, realiza seguimiento tanto a la efectividad de los controles como al seguimiento de las acciones de tratamiento de los riesgos del COF con una periodicidad mínima de un año y un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción.

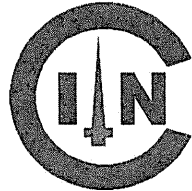
13.5 METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO SICOF

La metodología que permite identificar, analizar, evaluar, realizar tratamiento, monitoreo y comunicación de los riesgos de COF se encuentran definidas en la Política de Gestión del Riesgo del INC, la cual se basa fundamentalmente en la NTC ISO 31000:2018 y directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública, teniendo en cuenta que en el riesgo de corrupción el nivel de tolerancia es de cero o inaceptable.

De igual forma el Instituto Nacional de Cancerología ESE adopta el "Formato de Reporte de Posibles Actos de Corrupción" diseñado por El Departamento Administrativo de la Función Pública en el marco del Sistema de Control Interno y creación de la Red Anticorrupción definidos en el Decreto 338 de 2019.

14 PROCEDIMIENTO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y REGISTRO DE EVENTOS PARA EL CONTROL DEL RIESGO SICOF.

El líder de procesos en acompañamiento del líder de gestión de riesgo y de requerirse el oficial del cumplimiento, definirán los controles para mitigar el riesgo inherente de cada uno de los eventos de riesgo de COF identificados en las etapas anteriores, lo cual se hará teniendo en cuenta los criterios de efectividad de los controles definido en la Política de Gestión Integral del Riesgo del Instituto Nacional de Cancerología ESE, de igual forma deberán

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 15 de 17	

evaluar la efectividad de los controles al medir el riesgo residual y compararlo con el riesgo inherente.

De lo anterior se dejará constancia en las matrices de riesgos y la efectividad de los controles tendrá un seguimiento adicional por parte de la oficina de control interno en su rol de tercera línea de defensa.

Una vez identificado el posible evento de COF, se realiza el reporte de este a través de las herramientas definidas en el presente manual para ser gestionadas por la oficina asesora de la Dirección General, si efectivamente se prueba el evento, se deberá correr traslado de este al oficial de cumplimiento quien determinará el procedimiento a seguir.

El análisis efectuado debe quedar debidamente documentado en un informe por escrito junto con los soportes de dicho análisis, en caso de ser un evento no probado se establecerán los controles y se realizará el seguimiento pertinente.

14.1 HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COF

El Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta con herramientas las siguientes herramientas para el reporte y gestión de eventos COF.

1. Formato de Reporte de Posibles Actos de Corrupción. (modelo DAFP)
2. PQRSDF: <https://www.cancer.gov.co/atencion-servicios-ciudadania/informacion-sobre-pqrsdf>
3. Correo electrónico: soytransparente@cancer.gov.co
4. Correo electrónico: gestiondocumental@cancer.gov.co
5. Mapa Riesgos de Corrupción 2022.
6. Ficha Integral del Riesgo u Oportunidad

14.2 PARÁMETROS PARA EL MANEJO DE CONFLICTOS DE INTERÉS

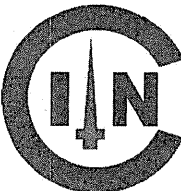
El Instituto Nacional de Cancerología ESE, a través del Código de Gobierno Corporativo, en su capítulo octavo, establece los compromisos frente a los conflictos de interés encaminados a fijar lineamientos que garanticen la prevención, manejo y resolución de estos, rechazando, condenando y prohibiendo a los servidores públicos, contratistas y demás colaboradores vinculados a la entidad incurrir en prácticas que falten a la ética.

De igual forma, el Código de Integridad (Resolución 0193 de 2019), fija acciones, compromisos y deberes respecto a los conflictos de interés, así como el procedimiento de resolución y divulgación de estos y establece pautas concretas respecto al comportamiento de los servidores públicos y en general del personal vinculado al INC.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta con las siguientes herramientas para la declaración de conflictos de interés.

Formatos:

- GSÍ-P15-F-09 DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES
- GSÍ-P15-F-10 RECUSACIÓN DE SITUACIONES DE CONFLICTO DE INTERESES
- GSÍ-P10-F-19 DECLARACIÓN Y COMPROMISO FRENTE A CONFLICTOS DE INTERÉS, INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, PROHIBICIONES Y CONFIDENCIALIDAD
- INV-P01-F-25 DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
- Canales de denuncia o reporte de conflictos de interés. Antes vistos.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICOF	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 16 de 17	

14.3 POLÍTICA SOBRE LA PROTECCIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE PERSONAS QUE INFORMAN POSIBLES CASOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE se compromete a fomentar y difundir las medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, incentivando la entrega de información, queja, denuncia o testimonio sobre actos susceptibles de ser investigados y sancionados en el ámbito fiscal, disciplinario o penal, por delitos contra la administración pública, el patrimonio económico, el orden económico y social además de las faltas o infracciones disciplinarias relacionadas con estas conductas.

Con el fin de proteger y salvaguardar la confidencialidad de las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad y fraude, el Instituto Nacional de Cancerología ESE establece las siguientes reglas:

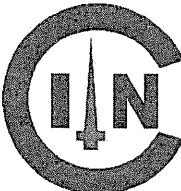
1. Los testigos serán salvaguardados bajo el anonimato frente a terceros, salvo que los denunciantes quieran revelar su identidad.
2. Solo las partes podrán conocer la identidad para ejercer su derecho a controvertir las pruebas, sin embargo, deberán asegurar la confidencialidad de la identidad del denunciante.
3. Se generarán medidas de protección laboral para los trabajadores que denuncien actos de corrupción al interior de la entidad.
4. Se impulsará la creación de mecanismos que protejan al denunciante frente a posibles amenazas y represalias por dichas denuncias.
5. La autoridad que conozca amenazas al denunciante por posibles casos de corrupción, opacidad y fraude deberá reportar al ente de control de la entidad, para que brinde de manera inmediata, las medidas de prevención en materia de protección laboral y de acoso laboral, además será ésta misma quien vigile la efectividad de dichas medidas.

14.4 MECANISMOS PARA EVITAR EL USO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA O RESERVADA Y ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta con planes, programas y estrategias que dan cumplimiento a la conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica, y se materializa a través de la implantación de los controles, procedimientos y estándares de seguridad informática. La seguridad de la información es una prioridad para el Instituto Nacional de Cancerología ESE y por tanto es responsabilidad de todos los funcionarios velar por el continuo cumplimiento de las políticas definidas. Todo el personal del Instituto Nacional de Cancerología debe participar de las actividades de capacitación y sensibilización sobre la seguridad de la información y de gestión de riesgo, y debe estar en la capacidad de identificar y reaccionar adecuadamente ante las continuas amenazas y vulnerabilidades que ponen en riesgo la información del instituto.

Para el desarrollo de los planes y programas encaminados a la seguridad de la información, el Instituto Nacional de Cancerología ESE cuenta con las siguientes herramientas:

1. Política de Tratamiento de Datos Personales.
2. Política de Seguridad de la información.
3. Política de Gestión Documental.
4. Manual de Seguridad y Privacidad de la Información.
5. Plan institucional de archivos.
6. Plan de Gerencia de la Información.
7. Plan de seguridad de la información.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P15-M-01
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	1
	MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE SICO	VIGENCIA:	30-09-2022
		Página 17 de 17	

14.5 CONSECUENCIAS DE LA INOBSERVANCIA DEL PRESENTE MANUAL

Teniendo en cuenta que el riesgo de COF, una vez materializado, potencialmente genera importantes pérdidas mediante la materialización de riesgos legales, operacionales, reputacionales y de contagio, el Instituto Nacional de Cancerología ESE remitirá a la oficina de control interno disciplinario, para lo de su competencia, de conformidad con el marco normativo que regula la materia, a aquellos servidores públicos y personal vinculado a la entidad, que incumplan con lo establecido en este manual en todo lo relacionado con el cumplimiento de las políticas, etapas o elementos del SICO.

14.6 ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL SICO.

El Instituto Nacional de Cancerología ESE diseñará, programará y brindará capacitación a los funcionarios y colaboradores en temas relacionados con el SICO, como mínimo una vez al año, en concordancia con lo establecido en el marco normativo legal vigente, haciendo una capacitación diferencial de acuerdo con las responsabilidades que tengan en relación con la operación del SICO y de acuerdo con los recursos disponibles. La divulgación del SICO se realizará por medios de comunicación, definidos por el Instituto, que lleguen de forma masiva a todos los servidores; será socializado entre todos los servidores públicos y colaboradores del Instituto, para su conocimiento, interiorización y apropiación.

14.7 AJUSTE DEL SICO.

Este manual estará en constante revisión y ajuste a las previsiones legales o fácticas que se presenten y sean necesarias para mantener un control total de elementos que puedan constituir corrupción, de manera que una vez adoptado por la Dirección General del Instituto y refrendado por la Junta Directiva, quien podrá hacer los ajustes y recomendaciones que consideren oportunos.

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
1	30-09-2022	Versión inicial del documento	Jenny Vanessa López Gómez

"TODA VERSIÓN FÍSICA O ELECTRÓNICA DE ESTE DOCUMENTO SE CONSIDERA DOCUMENTO NO CONTROLADO"

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Paula Andrea Solís Castro Profesional Universitario <i>PS</i>	Cargo:	Jorge Orlando Neira Roldán Asesor Dirección General <i>JS</i> Juan Fernando Romero Tobón <i>JFR</i> Asesor Vicesalud*	Cargo:	
Dependencia:	Asesoría Jurídica	Dependencia:	Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios	Dependencia:	
Fecha:	28-09-2022	Fecha:	28-12-2022	Fecha:	28-12-2022

JS