



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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 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, determina que la creación de 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 tales como el sometimiento 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", 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".

B

32



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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 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, se 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); por lo que en la Resolución 0185 del 28 de febrero de 2018 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 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.

Ley 1712 de 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 donde 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 27001:2013, 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



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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.

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 Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones MINTIC establece el Modelo de Seguridad y Privacidad, para estar acorde con las buenas prácticas de seguridad, reúne los 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. 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 la política de seguridad del paciente y definió los lineamientos para su implementación el 8 de junio del 2008, por lo que el Instituto Nacional de Cancerología ESE, expidió 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.

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 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, de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT/PADM 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.



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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, 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,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. 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.

ARTÍCULO SEGUNDO. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Propender por la mejora continua generando una cultura de autocontrol y autoevaluación al interior de cada proceso.
- 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.

ARTÍCULO TERCERO. 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"

ARTÍCULO 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 de proceso, seguridad del paciente, de corrupción, de SARLAFT/PADM, Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOE, del Sistema de Gestión Ambiental, de seguridad digital, riesgos relacionados con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST) aplicando la metodología específica para tal fin, y además de cada uno de los subsistemas aplicables a la entidad, lo anterior fundamentada 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.

➤ 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



Libertad y Orden

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

**RESOLUCION NÚMERO
(0365)**

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.

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

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.

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: 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.

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.



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

RESOLUCION NÚMERO

(0365 1)

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.

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 del riesgo de lavado de activos, de la financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva

SICOF: Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude

TOLERANCIA AL RIESGO: son los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de objetivos. 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.



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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 SEXTO. 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, 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, se presenta a continuación breve definición y dependencias a cargo de cada línea de defensa:

- Línea Estratégica de Defensa, conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la responsabilidad de esta línea de defensa se centra en la **emisión, revisión, validación y supervisión** del cumplimiento de políticas en materia de gestión del riesgo.
- Primera Línea de Defensa, la cual realiza **seguimiento y monitoreo permanente, desarrollada** por los líderes o responsables de proceso y sus equipos de trabajo. Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.
- Segunda Línea de Defensa, la cual realiza **seguimiento** por parte de la Oficina asesora de Planeación y de Líderes de los diferentes subsistemas y grupos de riesgos institucionales tales como: Seguridad del paciente, Seguridad y Salud en el Trabajo y gestión ambiental, SARLAF/PADM, SICOF, entre otros. Esta línea hace seguimiento para que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.
- Tercera Línea de Defensa, la cual realiza **evaluación independiente** está conformada por la Oficina de Control Interno, quienes evalúan de manera independiente y objetiva los controles de Segunda Línea de Defensa para asegurar su efectividad y cobertura; así mismo, evalúa los controles de Primera Línea de Defensa que no se encuentren cubiertos.

ARTÍCULO SEPTIMO. 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 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.



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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.

ZONA DE RIESGO		DESCRIPCIÓN
	EXTREMA	Se requiere una acción de pronta atención
	ALTA	Se requiere una vigilancia periódica
	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.

- 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 se consideren **ALTO O EXTREMO** o que sean de **CORRUPCIÓN**, estos se deben incluir en el matriz de riesgo Institucional y se establecen acciones de control preventivas que permitan mitigar la materialización del riesgo y se debe hacer seguimiento más estricto.
- En los riesgos de seguridad digital identificados como alto o extremo, se consolidará el plan de tratamiento de riesgos de Seguridad de la Información. Para los riesgos que se consideren en medio y bajo, se deben continuar monitoreando la operación de los controles.
- Los riesgos de corrupción son inaceptables

PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS

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

ARTÍCULO OCTAVO. 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.

302

B



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365)

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.

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 a las autoridades de la ocurrencia del hecho (Si se trata de corrupción).
- 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

La verificación 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 presentará de manera semestral informe de la gestión integral del riesgo, un avance parcial a corte de junio y un informe final a corte de diciembre de cada vigencia.

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 los riesgos altos, extremos y de corrupción. Lo anterior de acuerdo con los niveles de riesgo residual, se dejará evidencia de dicha verificación.

ARTÍCULO NOVENO. 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 de la entidad.



Libertad y Orden

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

RESOLUCION NÚMERO

(0365 1)

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 DECIMO. COMUNICACIÓN Y CONSULTA

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

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. VIGENCIA Y DEROGATORIA

La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 0494 del 21 de agosto de 2019.

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. ANEXO Se anexa el documento de la política.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los

27 MAY 2022

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General

Elaborado por: DM/Oficina Asesora de Planeación y Sistemas/Revisado Comité Control Interno/ Revisado Oficina jurídica