

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 1 de 13</p>

**POLÍTICA DE OPERACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

Adoptada en la entidad mediante Resolución 4035 de fecha 30 de Diciembre de 2020 y adaptada según los parámetros establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en las entidades públicas, Versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Dr CARLOS ARTURO MARTINEZ GARCIA

Director

Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

Proyectó: Dra. Ana Edilia Carrero, Asesora de la oficina de Control interno-IDS.

Revisó y aprobó: Maria Victoria Giraldo Ruiz, Coordinadora oficina de Planeación-IDS

Revisó y aprobó: Dr. Wilmar Cepeda, Asesor Dirección-IDS.

San José de Cúcuta, 30 de Diciembre 2020



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.
Teléfono: IP-PBX 5892105 Ext. 250. Nit 890.500.890 – 3. E-mail:
planeacionids2018@gmail.com

Handwritten signature

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 2 de 13</p>

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	3
DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	3
ALCANCE	3
OBJETIVO	3
TERMINOS Y DEFINICIONES	4
INSTITUCIONALIDAD	6
LÍNEAS DE DEFENSA	6
RESPONSABILIDADES	8
RIESGOS INSTITUCIONALES	10
MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL	11
METODOLOGÍA APLICADA	11
PERIODO DE REVISIÓN RIESGOS INSTITUCIONALES	11
NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO	12
ACCIONES PARA SEGUIR EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	12
RESPONSABLES DE CONTROL Y APROBACIÓN	13



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 3 de 13</p>

**POLITICA DE OPERACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

INTRODUCCIÓN

El presente documento establece los lineamientos para la administración de riesgos, tomando como referente los parámetros establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en las entidades públicas, Versión 5 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se detallan las directrices para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de la Función Pública y el Modelo de seguridad y privacidad de la información de la estrategia de Gobierno Digital.

1. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, se compromete a administrar adecuadamente los riesgos de gestión, corrupción y de Seguridad Digital, asociados a los objetivos estratégicos, planes, proyectos y procesos institucionales, acatando la metodología propia para su gestión, determinando las acciones de control detectivas y preventivas oportunas para evitar la materialización y la actuación correctiva inmediata ante las eventualidades para mitigar las posibles consecuencias a fin de mantener los niveles de riesgo aceptables”.

2. ALCANCE

La política de operación de riesgos es aplicable al direccionamiento estratégico de la entidad, a todos los procesos, proyectos y planes de la entidad durante el desarrollo de la gestión planificada y a todos los servidores públicos en el ejercicio de sus funciones.

3. OBJETIVO

Establecer el marco general de actuación de todos los servidores públicos del Instituto para la adecuada gestión de los riesgos, mediante la identificación de acciones de control, respuestas oportunas y estrategias institucionales ante las situaciones que puedan afectar el logro de



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 4 de 13</p>

objetivos institucionales.

4. TERMINOS Y DEFINICIONES

A continuación se relacionan una serie de conceptos necesarios para la comprensión de la Administración del Riesgo, contemplados en la Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 5 emitida por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, de fecha 20 de diciembre de 2020.

Riesgo: Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.

Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

Riesgo de Seguridad de la Información: Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información.

Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).

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

Probabilidad: se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo. • Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando. La probabilidad inherente será el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de 1 año.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Impacto: las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Riesgo Inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. • El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

Riesgo Residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo.

Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.



Handwritten signature or initials.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 5 de 13</p>

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

Activo: En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo puede ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

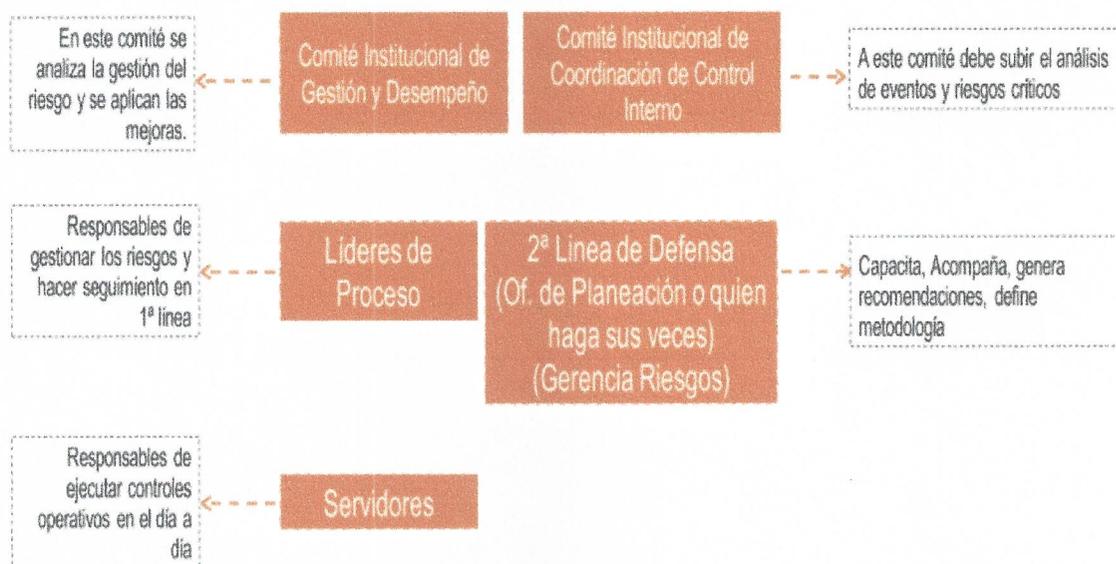
Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 6 de 13</p>

5. INSTITUCIONALIDAD



Fuente: Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

6. LÍNEAS DE DEFENSA

Para la administración integral de Riesgos en el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, se determinan los roles de los diferentes actores, teniendo en cuenta las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, entre otras así:

Línea Estratégica / Nivel Estratégico: Conformado por la Dirección, Comité Directivo y el Comité de Coordinación de Control Interno. En este nivel se analizan los riesgos y amenazas institucionales que afectan el cumplimiento de la Planeación Estratégica.

Primera línea de defensa / Nivel Operacional: Son los líderes de los procesos y jefes de dependencia, responsables de programas y proyectos, quienes deben monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos a través de una adecuada gestión de riesgos, y son los responsables de implementar acciones correctivas e identificar la deficiencia de los controles definidos.

Segunda línea de defensa: Todo servidor que tenga rol o funciones de supervisión, control, planeación, seguridad o calidad, responsables de subsistemas, líderes de políticas, son responsables de supervisar la implementación de la gestión del riesgo (monitoreo y



evaluación del estado de los controles definidos).

Tercera línea de defensa: en esta línea se encuentra la función de auditoría interna a través del enfoque basado en riesgos. Provee aseguramiento (evaluación) independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción.

Tabla 1: Líneas de Defensa – Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

Línea Estratégica Conformada por la Dirección, el Comité Directivo y Comité Institucional de Control Interno		
1ª Línea de Defensa / Nivel Operativo	2ª Línea de Defensa	2ª Línea de Defensa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Líderes de Proceso ➤ Jefes de Dependencia ➤ Responsables de Programas ➤ Responsables de Dimensiones de Salud Pública ➤ Responsables de Proyectos ➤ Todos los servidores 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de Gestión y Desempeño (y comités que lo integran) ➤ Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo ➤ Comité de Convivencia Laboral ➤ Comité Técnico de Sostenibilidad contable ➤ Comité de Conciliación ➤ Comité Asesor de Baja de Bienes ➤ Coordinación de Planeación y Sistemas de Información ➤ Supervisores de Contratos ➤ Funcionarios Coordinadores, responsables y/o líderes de: <ul style="list-style-type: none"> - Gestión Contractual -Financiera -Servicio al ciudadano -Gestión documental -Talento Humano -Defensa Jurídica -Profesional Líder de Gestión TIC -Transparencia y Acceso a la Información. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oficina de Control Interno



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 8 de 13</p>

6. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad está definida mediante las líneas de defensa y en el Instituto Departamental de Salud se acogen según la siguiente tabla:

Líneas de Defensa	Responsable	Responsabilidad frente a la Administración del Riesgo
Línea Estratégica	Dirección Comité Directivo Comité Institucional de Control Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los riesgos, vulnerabilidades, amenazas que pongan en peligro el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes institucionales, metas, compromisos de la entidad y capacidades para prestar servicios. • Definir y aprobar la política para la administración del riesgo. • Garantizar el cumplimiento de los planes de la entidad. • Deben promover la Integridad (valores), el cumplimiento de estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público.
Primera Línea	Líderes de Proceso Jefes de Dependencia Responsables de Programa Responsables de Dimensiones de Salud Pública Responsables de Proyectos Y todos los servidores de la entidad	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, valorar, evaluar y actualizar cuando se requiera, los riesgos que pueden afectar los objetivos, programas, proyectos y planes asociados a su proceso. • Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión. • Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados. • Informar a la coordinación de planeación (segunda línea) sobre los riesgos materializados en los objetivos, programas, proyectos y planes de los procesos a cargo. • Reportar a la coordinación de planeación los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos.



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander <small>Instituto Departamental de Salud</small></p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 9 de 13</p>

<p>Segunda Línea</p>	<p>Oficina de Planeación y Sistemas de Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lidera el proceso de Administración del Riesgo • Capacita, Acompaña, genera recomendaciones, define metodología • Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual. • Consolidar el mapa de riesgos institucional y presentarlo para análisis y seguimiento ante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Presentar al CICI –Comité Institucional de Control Interno el resultado de la medición del nivel de eficacia de los controles para el tratamiento de los riesgos identificados en las áreas en los diferentes niveles de operación de la entidad. • Acompañar, orientar y entrenar a los líderes de procesos en la identificación, análisis, valoración y evaluación del riesgo. • Supervisar en coordinación con los demás responsables de esta segunda línea de defensa, que la primera línea identifique, analice, valore, evalúe y realice el tratamiento de los riesgos, que se adopten los controles para la mitigación de los riesgos identificados y se apliquen las acciones pertinentes para reducir la probabilidad o impacto de los riesgos. • Promover ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de los riesgos identificados.
----------------------	--	--



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 11 de 13</p>

continuo por parte de los líderes de proceso o responsables asignados para tal fin, quienes deberán garantizar que los controles se ejecuten en los tiempos estipulados, evitando con ello la materialización de los riesgos.

8. MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL

La información correspondiente a los riesgos ubicados en la zona extrema, alta y moderada se consolidará en el formato denominado “Mapa de Riesgos Institucional”, el cual será presentado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para su respectiva revisión y aprobación.

9. METODOLOGÍA APLICADA

La gestión de Riesgos comprende las actividades de análisis del contexto interno y externo, identificación y análisis del riesgo, valoración, definición de controles para el tratamiento y seguimiento. Las diferentes etapas y metodología aplicada para la administración del riesgo será la contemplada en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”, expedida por la Presidencia de la República, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Para mayor comprensión de la Política de Operación para la Administración del Riesgo, se recomienda la consulta y conocimiento por parte de todos los servidores y contratistas del Instituto, de los siguientes documentos:

- Manual Operativo MIPG
- Guía para la Administración del Riesgo emitida por la Función Pública
- Código de Integridad – Valores del Servicio Público

10. PERIODO DE REVISIÓN RIESGOS INSTITUCIONALES

La revisión de los mapas de riesgos de Gestión y Seguridad de la Información - Seguridad Digital del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, se realizará **como mínimo una al año**, los riesgos se identifican y/o validan en cada vigencia, atendiendo la metodología vigente, una vez se defina el plan de acción institucional, asegurando la articulación de éstos con los compromisos de cada proceso; o cuando las circunstancias lo ameriten, a partir de modificaciones o cambios sustanciales en el contexto estratégico, cambios relevantes en los procesos y/o procedimientos, o cualquier hecho sobreviniente externo o interno que afecte la operación de la entidad.

El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar seguimiento a la gestión del riesgo de corrupción conforme al Plan Anual de Auditorías y normas emitidas por el Gobierno Nacional y directrices de la Función Pública, en periodos de cada cuatro meses así:

- Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo



cd

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 12 de 13</p>

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.

Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de enero.

11. NIVELES DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO

Para el caso de los riesgos de gestión y de seguridad de la información se consideran **ACEPTABLES** aquellos ubicados en nivel de riesgo bajo.

Los riesgos de corrupción **NO TIENEN** nivel de aceptación. No se admite tolerancia a los riesgos relacionados con prácticas corruptas. Los riesgos de corrupción gestionados hacen parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Para los casos en que la valoración residual sitúe el riesgo en los niveles extremo, alto o moderado, se deben analizar los controles existentes y generar las acciones de tratamiento que se requieran para fortalecer y/o implementar nuevas actividades de control.

12. ACCIONES PARA SEGUIR EN CASO DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

En caso de presentarse la materialización de un riesgo, el líder de proceso realizará los análisis de causas y ajustes necesarios a los mapas del proceso e informará a la Coordinación de Planeación y Sistemas de Información para el ajuste correspondiente en el Mapa de Riesgos Institucional.

De igual manera se deberán tomar las siguientes medidas dependiendo del tipo de riesgo materializado:

Riesgo de corrupción:

- Informar a las autoridades de la ocurrencia del hecho de corrupción.
- Revisar el Mapa de Riesgos de Corrupción, en particular las causas, riesgos y controles.
- Verificar si se tomaron las acciones y si se actualizó el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- Realizar un monitoreo permanente. Para los riesgos de corrupción, su materialización puede derivar en acciones legales y pérdida de imagen para la entidad; estas acciones disciplinarias no solo recaen sobre las personas directamente implicadas, sino también sobre los líderes de procesos.
- Directriz anti soborno: Ante cualquier preocupación, duda o conocimiento de la



 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04</p>	<p>COMUNICACION EXTERNA</p>	<p>Página 13 de 13</p>

legalidad o integridad de una determinada conducta, actuación, acto, pago o recibo (dinero, regalos, préstamos, recompensas, favores, comisiones o entretenimiento), como una recompensa inapropiada para la obtención de negocios o cualquier otro beneficio, se deberá pedir inmediatamente la asesoría del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Riesgos de gestión y Seguridad digital:

Es necesario realizar acciones de mejoramiento ejecutando actividades, tales como:

- Hacer una descripción detallada de lo ocurrido y del impacto generado en el proceso.
- Revisar el mapa de Riesgos del proceso en particular las causas, riesgos y controles. Se debe tener en cuenta que en el análisis del riesgo varía la probabilidad.
- Tomar acciones para evitar el que se repita la materialización del riesgo detectado y actualizar el Mapa de riesgos y sus acciones de seguimiento contempladas.
- Realizar un monitoreo permanente.

Los responsables de los procesos deben Informar a la Coordinación de Planeación y Sistemas de Información la materialización de sus riesgos, quien a su vez comunicará al COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

13. RESPONSABLES DE CONTROL Y APROBACIÓN

Esta política podrá ser actualizada según recomendación formulada por el Comité de Gestión y Desempeño de la entidad y debe ser aprobada por el Comité Institucional de Control Interno adoptada con la firma del Director del Instituto.

Tanto el Comité de Gestión y Desempeño como el Comité Institucional de Control Interno, cada vez que lo consideren necesario revisarán la presente política y propondrá las modificaciones que considere pertinentes.

Elaboró: Dra. Ana Edila Carrero, Asesora de la oficina de Control interno-IDS.
 Revisó y aprobó: María Victoria Giraldo Ruiz, Coordinadora de la oficina de planeación-IDS.
 Revisó y aprobó: Dr. Wilmar Cepeda, Asesor Despacho-IDS.

