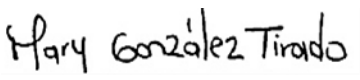
TABLA DE CONTENIDO

ELABORACIÒN	REVISIÓN	APROBACIÓN
 **MARY YISSETH GONZÁLEZ TIRADO** Profesional de Apoyo al área de Sistemas	 **ISAI MANUEL RUIZ ROMERO** Profesional de Apoyo al área de Planeación	 **FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE** Gerente (E)
Fecha: 20/01/2023	Fecha: 20/01/2023	Fecha: 30/01/2023

1. INTRODUCCIÓN

La ESE Hospital Regional De II Nivel De San Marcos viene realizando cambios significativos en la protección, seguridad e integridad de la información ya que este es el activo más importante para el desarrollo de las actividades diarias de la parte administrativa y asistencial, por lo busca establecer buenas políticas basadas en las normas establecidas por MINTIC, en especial el decreto 612 del 2018 y así brindar confianza a los usuarios del sistema de información de la institución los usuarios.

El presente documento identifica y recopila buenas prácticas para la gestión del ciclo de operación del modelo de seguridad y privacidad de la información, a partir de una evaluación de diagnóstico, planeación, implementación, gestión y mejora continua del mismo.

2. OBJETIVO GENERAL

Presentar el plan de seguridad y privacidad de la información y los elementos que lo conforman, como marco de referencia para la entidad y regulación de lineamientos y medidas que permitan el aseguramiento de la protección y uso adecuado de la información y activos de información bajo la normatividad vigente de MinTic.

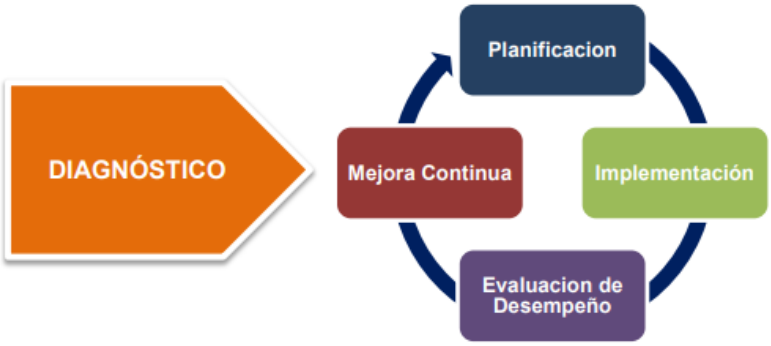
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Optimizar la gestión de la seguridad de la información al interior de la entidad
- Promover el uso de mejores prácticas de seguridad de la información, para ser la base de aplicación del concepto de Seguridad Digital.
- Definir políticas de seguridad el plan de seguridad de la información de la entidad.
- Proponer soluciones para minimizar los riesgos a lo que está expuesto cada activo
- Evaluar y comparar el nivel de riesgo actual, con el impacto generado después de implementado el plan de gestión y seguridad de la información.

3. ALCANCE

El presente documento identifica e incluye las orientaciones para la gestión del ciclo de operación del modelo de seguridad y privacidad de la información, el cual debe ser aplicado sobre todos los procesos de la Administración y de cumplimiento por parte de todos los servidores públicos con relación contractual durante todo el 2023.

- Lograr el compromiso de todo el personal del hospital, para emprender la implementación del plan de gestión del riesgo y seguridad de la información
- Designando funciones de liderazgo para apoyar y asesorar el proceso de diseño e implementación del riesgo de la seguridad de la información
- Establecer cooperación con los funcionarios de la administración en un proceso de capacitación en el plan de gestión del riesgo y seguridad de la información



Ciclo de operación Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información

Tomado de: http://www.mintic.gov.co/gestionti/615/w3-propertyvalue-7275.html

3.1 DIAGNÓSTICO

En esta fase y mediante el uso de herramientas de diagnóstico, se desarrollan actividades de reconocimiento y valoración de gestión, cumplimento de requisitos y lineamientos de seguridad de la información basado con el Modelo de Seguridad y Privacidad de Información de la estrategia de Gobierno Digital del Gobierno Nacional (u otros modelos de seguridad de la información aplicables y reconocidos), y de la implementación de controles de seguridad de la información con visión de mitigar riesgo asociado que pudiese generar un gran impacto indeseado en el hospital. El resultado de la evaluación

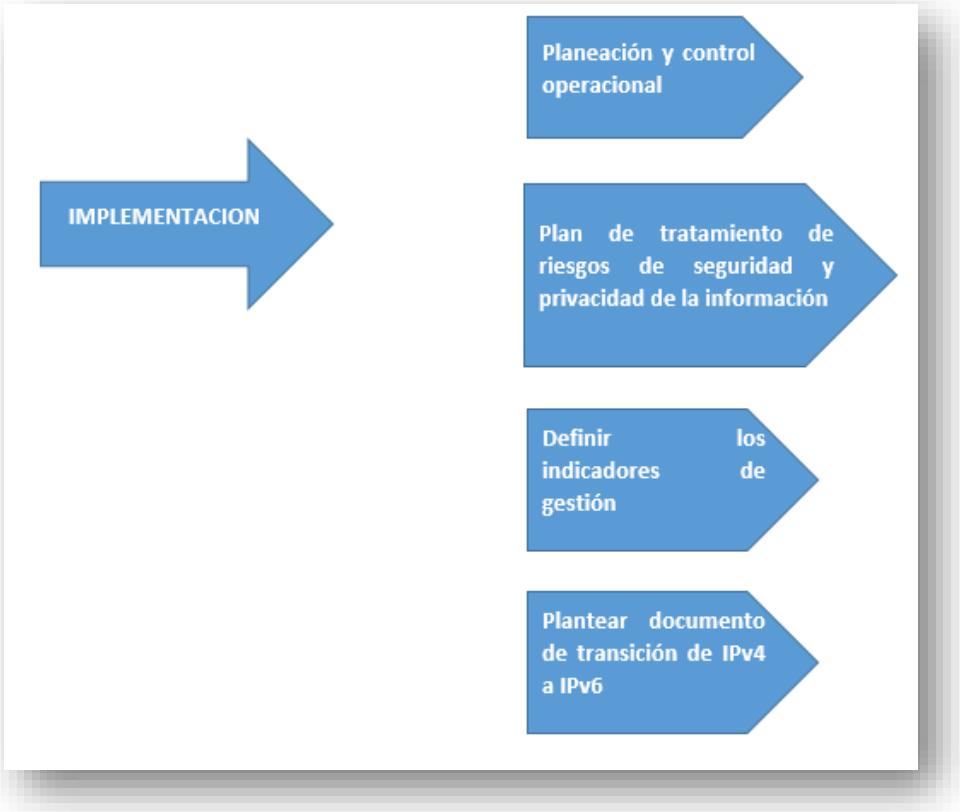
de diagnóstico permitirá establecer el nivel de madurez del ciclo de operación del modelo de seguridad y privacidad de la información

3.2 PLANEACIÓN

Para el desarrollo de esta fase y basado con el resultado de la evaluación de diagnóstico, se identificarán los aspectos claves que definan y orienten las actividades para los propósitos de seguridad y privacidad de la información, entre ellos, la justificación, el alcance, la política y los objetivos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).

3.3 IMPLEMENTACIÓN

En esta fase se busca la implementación de la fase de planificación del SGSI, teniendo en cuenta para esto los aspectos más relevantes en los procesos de implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la entidad.

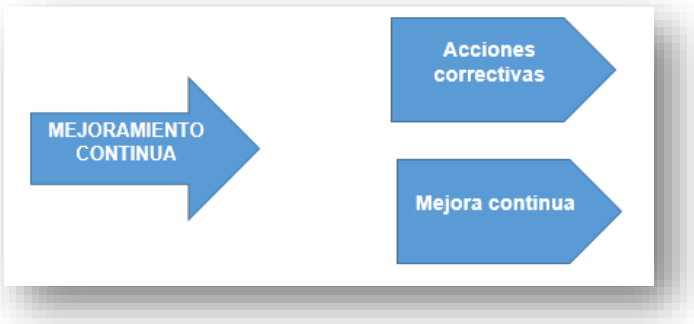


3.4 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

En esta fase se realizará seguimiento y monitoreo para evaluar el desempeño y la eficacia del SGSI, a través de instrumentos que permita determinar la efectividad de la implantación del SGSI para verificación de la efectividad, la eficiencia y la eficacia de las acciones implementadas.

3.5 MEJORA CONTINUA

En esta última fase la entidad debe buscar y consolidar los resultados obtenidos del componente de evaluación de desempeño, para diseñar el plan de mejoramiento continuo de seguridad y privacidad de la información, que permita realizar el plan de implementación de las acciones correctivas identificadas para el SGSI.



El plan de seguridad y privacidad de la información y lineamientos asociados, será de aplicabilidad e implementación para todos los procesos y aspectos administrativos y asistenciales, y de cumplimiento por parte de todos aquellos servidores públicos y terceros que presten sus servicios o tengan algún tipo de relación con el hospital. El alcance del MSPI permitirá i/o definir los límites sobre los cuales se implementará la seguridad y privacidad de la información, por tanto, deberá tener en cuenta, los procesos que impactan directamente, procesos, servicios, sistemas de información, ubicaciones físicas, terceros relacionados e interrelaciones del MSPI con otros procesos.

4. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

El Gerente debe aprobar la actualización de la política general de seguridad de la información como muestra de su compromiso y apoyo a las actividades de diseño, implementación, mantenimiento y mejora continua de políticas y lineamientos orientados a la guardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de la Entidad. Este compromiso se verá reflejado a través de:

• La revisión y aprobación de políticas y lineamientos de seguridad de la información.

• La promoción de una cultura de seguridad y protección de la información.

• El apoyo para la divulgación de los propósitos y lineamientos de seguridad de la

información a todo el personal que labora o que de una u otra manera tiene relación con el hospital.

• La asignación de los recursos necesarios para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de seguridad de la información.

• La realización de actividades de verificación y evaluación del desempeño del sistema de gestión de seguridad de la información de manera periódica.

5. ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Gerencia definirá una estructura de roles y asignará de manera formal la responsabilidad de la seguridad y privacidad de la información en diferentes niveles del hospital para permitir la adecuada y oportuna toma de decisiones enfocados al cumplimiento de los objetivos de seguridad y privacidad de la información (MSPI).

6. ENFOQUE DEL MODELOS MSPI

Este modelo va enfocado a todos los líderes de áreas y de procesos, los cuales deberán prestar su apoyo y responsabilidad para su aplicación. Grupos Internos de Trabajo, tales como Control Interno, Talento Humano, Jurídica, Planeación y demás áreas operativas y asistenciales, para promover y aplicar las políticas y demás lineamientos de las políticas de seguridad de la información, terceros, tales como entidades descentralizadas, auditores externos y entidades de regulación, quienes requieren de consultar nuestro sistema de información, en beneficio del cumplimiento de las obligaciones legales, contractuales y demás aplicables. Todos los funcionarios, contratistas, o partes interesadas, que presten sus servicios o tengan algún tipo de relación con el hospital, quienes deben ser informados de las responsabilidades de seguridad a través de los términos y condiciones o contratos laborales, procedimientos de seguridad y guías.

7. PLAN DE COMUNICACIONES

El hospital aplicará un plan de comunicaciones, de sensibilización y de capacitación que promueva estrategias para crear, incentivar y mantener una cultura de protección de la información en todos los niveles de la Entidad. El plan de comunicaciones de seguridad y privacidad de la información, y especialmente con respecto a actividades de socialización y sensibilización dirigida a los servidores públicos será ejecutado en conjunto con el apoyo del responsable de la oficina de Sistemas.

8. ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se establecerá y liderará la gestión de seguridad de la información a través de la identificación de una estructura de roles y responsabilidades, que involucren las actividades de direccionamiento, implementación y control operacional en beneficio del cumplimiento de los propósitos de protección de la información y su mantenimiento eficaz a través del tiempo, así como de la conformación y asignación de responsabilidades pertinentes al sistema de gestión de seguridad de la información de la Entidad.

- **Uso De Dispositivos Móviles**

Teniendo en cuenta el alto grado riesgo que representa la información y los datos través del acceso y uso de dispositivos móviles de propiedad de terceros (teléfonos móviles, tabletas, portátiles, medios de almacenamiento USB); El Hospital autoriza el uso de dispositivos móviles para el acceso y uso a la información y datos de la Entidad, siempre y cuando, exista una relación contractual entre las partes y éstos sean utilizados para el apoyo al cumplimiento de sus responsabilidades y de los objetivos contractuales. Los usuarios de dispositivos móviles no estarán autorizados a cambiar la configuración de los equipos, a desinstalar software, formatear o restaurar configuraciones de fábrica; únicamente se deberá aceptar y aplicar actualizaciones.

- **Gestión de Activos de Información**

Todos aquellos activos de información del hospital incluida la información que sean sensibles para cumplimiento de la misión de la entidad, deberá contar con la asignación de protección de su confidencialidad, integridad y disponibilidad en concordancia con los resultados de una evaluación de riesgos y el nivel de exposición identificado. Activos de información de los procesos deberán ser identificados y administrados dentro de un inventario, al igual que valorados con respecto a su sensibilidad frente a impactos de afectación sobre la confidencialidad, integridad y disponibilidad de estos.

- **Acceso y Uso de la Información**

Todo trabajador o tercero del hospital entenderá y asumirá su responsabilidad de protección de la información a través de su acceso y uso apropiados.

Todo trabajador o tercero del hospital previo a recibir su usuario de acceso a los sistemas de información del hospital, deberá firmar y aceptar una declaración de responsabilidad sobre el uso y acciones realizadas con dichas cuentas.

Los usuarios no deberán almacenar información en discos duros de los equipos de cómputo o virtuales disponibles, archivos de video, música, fotos o cualquier tipo de archivo que no sea de carácter institucional.

- **Manejo y Disposición de Información, Medios y Equipos**

Se establecerán controles para evitar la divulgación, modificación, el retiro o la destrucción no autorizada de información almacenada en los medios proporcionados, velando por la disponibilidad y confidencialidad de la información.

Los medios y equipos donde se almacena la información deberán mantenerse con las medidas de protección físicas y lógicas aplicables, se deberán generar planes de mantenimiento preventivo y correctivo que se requieran.

Para el retiro de equipos de cómputo por su estado de obsolescencia y/o daño, se deberá garantizar la aplicación del procedimiento de saneamiento, es decir llevar a cabo buenas prácticas para la eliminación y/o destrucción de la información con herramientas automáticas que aseguren que la misma no pueda en ningún caso ser recuperada.

Toda aquella información que por su obsolescencia se encuentre en medio físico papel y ésta no sea confidencial, deberá ser eliminada mediante la técnica de rasgado o picado mediante el uso de equipo especializado.

- **Uso y protección de equipos de Cómputo**

En equipo de cómputo de propiedad de los usuarios únicamente se podrá instalar y utilizar software o programas, sistemas de información, herramientas de software en equipos de cómputo de propiedad del hospital que sean licenciados y autorizados por el hospital.

Los equipos de cómputo no podrán ser utilizados para actividades de divulgación, propagación o almacenamiento de contenido personal o comercial de publicidad,

promociones, ofertas, programas destructivos (virus), propaganda política, material religioso, o cualquier otro uso que no esté autorizado.

- **Uso de Correo Electrónico**

El hospital tendrá el derecho a realizar monitoreo o seguimiento del uso del correo electrónico a todos funcionarios y/o contratistas a quienes se les conceda una cuenta de correo corporativa.

No se podrá hacer uso de lenguaje ofensivo, inapropiado o con declaraciones de blasfemia, obscenidad, ilegales, incitadores a infringir la ley, hostigamiento basado en sexo, raza, nacionalidad, contenido despectivo o difamatorio en cualquier mensaje electrónico para con sus compañeros, clientes, proveedores u otros; su uso inadecuado, se considerará fuera del alcance y responsabilidad del hospital y por lo tanto, los daños y perjuicios que pueda llegar a causar, serán de completa responsabilidad de la propietario de la cuenta de correo electrónico que la haya generado.

Está prohibido utilizar el correo electrónico para el intercambio de información o de software que violen las leyes de derechos de autor.

Es responsabilidad de los usuarios de correo electrónico hacer mantenimiento a su buzón de correo: eliminar mensajes de la bandeja de entrada, archivar mensajes, Eliminar definitivamente los mensajes de la bandeja Elementos Eliminados.

- **Uso de Impresora y servicio de Impresión**

Los documentos que se impriman en las impresoras de hospital deberán ser de carácter institucional.

Las labores de reparación o mantenimiento de las impresoras son exclusivas de ejecución por parte del personal de sistemas y ningún funcionario o persona podrá realizar dicha actividad.

- **Uso de Internet**

El hospital se reserva el derecho de realizar monitoreo o seguimiento de los accesos a sitios en internet realizados por parte de los funcionarios públicos.

Se permitirá el acceso a servicios de internet, con lineamientos que garanticen la navegación y uso controlados de componentes del servicio.

Se restringirá toda posibilidad de descarga de software no autorizado o código malicioso en los equipos de cómputo a través de internet, así mismo, el acceso y uso del servicio de internet se concederá solo para propósitos laborales o fines particulares definidos y aprobados por el hospital.

Se restringirá el acceso a sitios web dedicados a compartir material audiovisual fotos, videos, streaming tales como Facebook, Youtube.

No se permitirá el acceso a sitios web con contenidos que están en contra de la ley, principios de ética moral tales como, pornografía, terrorismo, contenidos obscenos, discriminación racial o similar.

9. MARCO CONCEPTUAL (DEFINICIONES RELEVANTES)

Acceso a la Información Pública: Derecho fundamental consistente en la facultad que tienen todas las personas de conocer sobre la existencia y acceder a la información pública en posesión o bajo control de sujetos obligados. (Ley 1712 de 2014, art 4)

Activo: En relación con la seguridad de la información, se refiere a cualquier información o elemento relacionado con el tratamiento de la misma (sistemas, soportes, edificios, personas…) que tenga valor para la organización. (ISO/IEC 27000).

Activo de Información: En relación con la privacidad de la información, se refiere al activo que contiene información pública que el sujeto obligado genere, obtenga, adquiera, transforme o controle en su calidad de tal.

Archivo: Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia. También se puede entender como la institución que está al

servicio de la gestión administrativa, la información, la investigación y la cultura. (Ley 594 de 2000, art 3)

Amenazas: Causa potencial de un incidente no deseado, que puede provocar daños a un sistema o a la organización. (ISO/IEC 27000).

Análisis de Riesgo: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo. (ISO/IEC 27000).

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y obviamente para determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría. (ISO/IEC 27000).

Autorización: Consentimiento previo, expreso e informado del Titular para llevar a cabo el Tratamiento de datos personales (Ley 1581 de 2012, art 3)

Bases de Datos Personales: Conjunto organizado de datos personales que sea objeto de Tratamiento (Ley 1581 de 2012, art 3)

Información Pública Reservada: Es aquella información que estando en poder o custodia de un sujeto obligado en su calidad de tal, es exceptuada de acceso a la ciudadanía por daño a intereses públicos y bajo cumplimiento de la totalidad de los requisitos consagrados en el artículo 19 de la Ley 1712 de 2014. (Ley 1712 de 2014, art 6).

Ciberespacio: Es el ambiente tanto físico como virtual compuesto por computadores, sistemas computacionales, programas computacionales (software), redes de telecomunicaciones, datos e información que es utilizado para la interacción entre usuarios. (Resolución CRC 2258 de 2009).

Control: Las políticas, los procedimientos, las prácticas y las estructuras organizativas concebidas para mantener los riesgos de seguridad de la información por debajo del nivel de riesgo asumido. Control es también utilizado como sinónimo de salvaguarda o contramedida. En una definición más simple, es una medida que modifica el riesgo.

Datos Abiertos: Son todos aquellos datos primarios o sin procesar, que se encuentran en formatos estándar e interoperables que facilitan su acceso y reutilización, los cuales están bajo la custodia de las entidades públicas o privadas que cumplen con funciones públicas y que son puestos a disposición de cualquier ciudadano, de forma libre y sin restricciones, con el fin de que terceros puedan reutilizarlos y crear servicios derivados de los mismos (Ley 1712 de 2014, art 6)

Datos Personales: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables. (Ley 1581 de 2012, art 3).

Datos Personales Públicos: Es el dato que no sea semiprivado, privado o sensible. Son considerados datos públicos, entre otros, los datos relativos al estado civil de las personas, a su profesión u oficio y a su calidad de comerciante o de servidor público. Por su naturaleza, los datos públicos pueden estar contenidos, entre otros, en registros públicos, documentos públicos, gacetas y boletines oficiales y sentencias judiciales debidamente ejecutoriadas que no estén sometidas a reserva. (Decreto 1377 de 2013, art 3)

Datos Personales Privados: Es el dato que por su naturaleza íntima o reservada sólo es relevante para el titular. (Ley 1581 de 2012, art 3 literal h)

Datos Personales Mixtos: Para efectos de esta guía es la información que contiene datos personales públicos junto con datos privados o sensibles.

Datos Personales Sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos. (Decreto 1377 de 2013, art 3)

SGSI: Siglas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información

MSPI: Modelo De Seguridad Y Privacidad De La Información

10. MARCO NORMATIVO

- Anexo 1 - Resolución 3564 de 2015 - Reglamenta aspectos relacionados con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública

- Decreto Reglamentario Único 1081 de 2015 - Reglamento sobre la gestión de la información pública

Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Ley 1712 de 2014 - Ley de Transparencia y acceso a la información pública

- Ley 57 de 1985 -Publicidad de los actos y documentos oficiales

- Ley 594 de 2000 - Ley General de Archivos

- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Ley Estatutaria 1757 de 2015 - Promoción y protección del derecho a la participación democrática

- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Ley estatutaria 1618 de 2013: Ejercicio pleno de las personas con discapacidad Pagina 9 de 12

- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Ley 1437 de 2011: Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo

- Acuerdo 03 de 2015 del Archivo General de la Nación Lineamientos generales sobre la gestión de documentos electrónicos

- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

- Acuerdo 03 de 2015 del Archivo General de la Nación Lineamientos generales sobre la gestión de documentos electrónicos

- Decreto 019 de 2012 - Suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública
- Decreto 2364 de 2012 - Firma electrónica
- Ley 962 de 2005 - Racionalización de trámites y procedimientos administrativos procedimientos administrativos
- Decreto 1747 de 2000 - Entidades de certificación, los certificados y las firmas digitales
- Ley 527 de 1999 - Ley de Comercio Electrónico
- Decreto Ley 2150 de 1995 - Suprimen y reforman regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios existentes en la Administración Pública
- Título 9 - Decreto 1078 de 2015 - Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
- Ley Estatutaria 1581 de 2012 - Protección de datos personales
- Ley 1266 de 2008 - Disposiciones generales de habeas data y se regula el manejo de la información

11. BIBLIOGRAFIA

- http://www.mintic.gov.co/gestionti/615/w3-propertyvalue-7275.html
- https://www.mintic.gov.co/gestionti/615/articles
- https://www.mintic.gov.co/gestionti/615/articles82_Modelo_de_Seguridad_Privacidad.pdf

12. CRONOGRAMA

	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS		Codigo FR-PDI-01	Version 1	Pagina 1 de 1
	FORMATO FORMULACION DE PLANES DE TRABAJO			Fecha de Vigencia 09-11-2021	

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

PERIODO: AÑO 2023

OBJETIVO	METAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE O LÍDER	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
				ENE 1 2 3 4 / FEB 1 2 3 4 / MAR 1 2 3 4 / ABR 1 2 3 4 / MAY 1 2 3 4 / JUN 1 2 3 4 / JUL 1 2 3 4 / AGO 1 2 3 4 / SEP 1 2 3 4 / OCT 1 2 3 4 / NOV 1 2 3 4 / DIC 1 2 3 4		
Optimizar la gestión de la seguridad de la información al interior de la entidad	Lograr un ambiente seguro al momento de navegacion en la institucion	establecer politicas de seguridad perimetral	lider de sistemas		numero de politicas establecias en el equipo perimetral	80%
Promover el uso de mejores prácticas de seguridad de la información, para ser la base de aplicación del concepto de Seguridad Digital.	Establecer conciencia en los usuarios del sistema al momento de acceder a la informacion	Realizar campañas de concientizacion	lider de sistemas		Folletos con recomendacionen seguridad de la informacion	100%
Actualizar políticas de seguridad de seguridad de la información de la entidad.	Aterrizar las politicas al sector salud	Realizar documento con cada una de las politicas	lider de sistemas		Documento aprobado con cada politica	100%
Evaluar y comparar el nivel de riesgo actual, con el impacto generado despuès de implementado el plan de gestión y seguridad de la información.	Tener un sistema de informacion seguro y confiable	Realizar seguimiento de cada uno de los objetivos del plan	lider de sistemas		Objetivos cumplidos/total de objetivos	60%

Elaboró	Revisó	Aprobó
MARY YISSETH GONZÁLEZ TIRADO Profesional de Apoyo al área de Sistemas	ISAI MANUEL RUIZ ROMERO Profesional de Apoyo al área de Planeación	FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE Gerente (E)

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
10-02-2022	2	Con base al decreto 612-2018 de realiza el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2022.
30-01-2023	3	Con base al decreto 612-2018 de realiza el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información para la vigencia 2023.