|  |
| --- |
| **PROTOCOLO SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** |
| **ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO – SAN PEDRO, VALLE** |
|  |
| **JORGE MARIO SALAZAR MURIEL** |
| **GERENTE** |
|  |

**INTRODUCCIÓN**

La **E.S.E HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO, DE SAN PEDRO VALLE**, identifica la información como un componente indispensable en la conducción y consecución de los objetivos definidos por la estrategia de la entidad, razón por la cual es necesario que el Hospital establezca un marco en el cual se asegure que la información es protegida de una manera adecuada independientemente de la forma en la que ésta sea manejada, procesada, transportada o almacenada. Este documento describe las políticas y normas de seguridad de la información definidas por el Hospital. Para la elaboración del mismo, se toman como base las leyes y demás regulaciones aplicables.

Las políticas incluidas en este Protocolo se constituyen como parte fundamental del sistema de gestión de seguridad de la información del HOSPITAL y se convierten en la base para la implantación de los controles, procedimientos y estándares definidos.

La seguridad de la información es una prioridad para el HOSPITAL y por tanto es responsabilidad de todos velar por que no se realicen actividades que contradigan la esencia y el espíritu de cada una de estas políticas.

**OBJETIVO**

El objetivo de este documento es establecer las políticas en seguridad de la información del Hospital, para conseguir un adecuado nivel de protección de las características de seguridad y calidad de la información relacionada.

**ALCANCE**

Las políticas de seguridad de la información cubren todos los aspectos administrativos-operativos y de control que deben ser cumplidos por los directivos, funcionarios y terceros que laboren o tengan relación con el HOSPITAL, para conseguir un adecuado nivel de protección de las características de seguridad y calidad de la información relacionada.

**DEFINICIONES**

**Activo de información:** Cualquier componente (humano, tecnológico, software, documental o de infraestructura) que soporta uno o más procesos de negocios del hospital y, en consecuencia, debe ser protegido.

**Acuerdo de Confidencialidad:** Es un documento en los que los funcionarios del hospital o los provistos por terceras partes manifiestan su voluntad de mantener la confidencialidad de la información del hospital, comprometiéndose a no divulgar, usar o explotar la información confidencial a la que tengan acceso en virtud de la labor que desarrollan dentro de la misma.

**Análisis de riesgos de seguridad de la información:** Proceso sistemático de identificación de fuentes, estimación de impactos y probabilidades y comparación de dichas variables contra criterios de evaluación para determinar las consecuencias potenciales de pérdida de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Autenticación: es el procedimiento de comprobación de la identidad de un usuario o recurso tecnológico al tratar de acceder a un recurso de procesamiento o sistema de información.

**Capacity Planning**: Es el proceso para determinar la capacidad de los recursos de la plataforma tecnológica que necesita la entidad para satisfacer las necesidades de procesamiento de dichos recursos de forma eficiente y con un rendimiento adecuado.

**Centros de cableado:** Son habitaciones donde se deberán instalar los dispositivos de comunicación y la mayoría de los cables.

Al igual que los centros de cómputo, los centros de cableado deben cumplir requisitos de acceso físico, materiales de paredes, pisos y techos, suministro de alimentación eléctrica y condiciones de temperatura y humedad.

**Centro de cómputo:** Es una zona específica para el almacenamiento de múltiples computadores para un fin específico, los cuales se encuentran conectados entre sí a través de una red de datos.

El centro de cómputo debe cumplir ciertos estándares con el fin de garantizar lo suministro de alimentación eléctrica y las condiciones medioambientales adecuadas.

**Cifrado:** Es la transformación de los datos mediante el uso de la criptografía para producir datos ininteligibles (cifrados) y asegurar su confidencialidad.

El cifrado es una técnica muy útil para prevenir la fuga de información, el monitoreo no autorizado e incluso el acceso no autorizado a los repositorios de información.

**Confidencialidad:** Es la garantía de que la información no está disponible o divulgada a personas, entidades o procesos no autorizados.

**Control:** Es toda actividad o proceso encaminado a mitigar o evitar un riesgo. Incluye policías, procedimientos, guías, estructuras organizacionales y buenas prácticas, que pueden ser de carácter administrativo, tecnológico, físico o legal.

**Criptografía:** Es la disciplina que agrupa a los principios, medios y métodos para la transformación de datos con el fin de ocultar el contenido de su información, establecer su autenticidad, prevenir su modificación no detectada, prevenir su repudio, y/o prevenir su uso no autorizado.

**Custodio del activo de información**: Es la unidad organizacional o proceso, designado por los propietarios, encargado de mantener las medidas de protección establecidas sobre los activos de información confiados.

**Derechos de Autor:** Es un conjunto de normas y principios que regulan los derechos morales y patrimoniales que la ley concede a los autores por el solo hecho de la creación de una obra literaria, artística o científica, tanto publicada o que todavía no se haya publicado.

**Disponibilidad:** Es la garantía de que los usuarios autorizados tienen acceso a la información y a los activos asociados cuando lo requieren.

**Equipo de cómputo:** Dispositivo electrónico capaz de recibir un conjunto de instrucciones y ejecutarlas realizando cálculos sobre los datos numéricos, o bien compilando y correlacionando otros tipos de información.

**Guías de clasificación de la información:** Directrices para catalogar la información de la entidad y hacer una distinción entre la información que es crítica y aquella que lo es menos o no lo es y, de acuerdo con esto, establecer diferencias entre las medidas de seguridad a aplicar para preservar los criterios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información

**Hacking ético:** Es el conjunto de actividades para ingresar a las redes de datos y voz de la institución con el objeto de lograr un alto grado de penetración en los sistemas, de forma controlada, sin ninguna intensión maliciosa, ni delictiva y sin generar daños en los sistemas o redes, con el propósito de mostrar el nivel efectivo de riesgo a lo cual está expuesta la información, y proponer eventuales acciones correctivas para mejorar el nivel de seguridad.

**Incidente de Seguridad:** Es un evento adverso, confirmado o bajo sospecha, que haya vulnerado la seguridad de la información o que intente vulnerarla, sin importar la información afectada, la plataforma tecnológica, la frecuencia, las consecuencia, el número de veces ocurrido o el origen (interno o externo).

**Integridad:** Es la protección de la exactitud y estado completo de los activos. Inventario de activos de información: es una lista ordenada y documentada de los activos de información pertenecientes al hospital.

**Licencia de software:** Es un contrato en donde se especifican todas las normas y cláusulas que rigen el uso de un determinado producto de software, teniendo en cuenta aspectos como: alcances de uso, instalación, reproducción y copia de estos productos.

**Medio removible:** Es cualquier componente extraíble de hardware que sea usado para el almacenamiento de información; los medios removibles incluyen cintas, discos duros removibles, CDs, DVDs y unidades de almacenamiento USB, entre otras.

**Perfiles de usuario:** Son grupos que concentran varios usuarios con similares necesidades de información y autorizaciones idénticas sobre los recursos tecnológicos o los sistemas de información a los cuales se les concede acceso de acuerdo con las funciones realizadas.

Las modificaciones sobre un perfil de usuario afectan a todos los usuarios cobijados dentro de él.

**Propiedad intelectual:** Es el reconocimiento de un derecho particular en favor de un autor u otros titulares de derechos, sobre las obras del intelecto humano.

Este reconocimiento es aplicable a cualquier propiedad que se considere de naturaleza intelectual y merecedora de protección, incluyendo las invenciones científicas y tecnológicas, las producciones literarias o artísticas, las marcas y los identificadores, los dibujos y modelos industriales y las indicaciones geográficas.

**Propietario de la información:** Es la unidad organizacional o proceso donde se crean los activos de información.

**Recursos tecnológicos:** Son aquellos componentes de hardware y software tales como: servidores (de aplicaciones y de servicios de red), estaciones de trabajo, equipos portátiles, dispositivos de comunicaciones y de seguridad, servicios de red de datos y bases de datos, entre otros, los cuales tienen como finalidad apoyar las tareas administrativas necesarias para el buen funcionamiento y la optimización del trabajo al interior del hospital.

**Registros de Auditoría:** Son archivos donde son registrados los eventos que se han identificado en los sistemas de información, recursos tecnológicos y redes de datos del hospital. Dichos eventos pueden ser, entre otros, identificación de usuarios, eventos y acciones ejecutadas, terminales o ubicaciones, intentos de acceso exitosos y fallidos, cambios a la configuración, uso de utilidades y fallas de los sistemas.

**Responsable por el activo de información**: Es la persona o grupo de personas, designadas por los propietarios, encargados de velar por la confidencialidad, la integridad y disponibilidad de los activos de información y decidir la forma de usar, identificar, clasificar y proteger dichos activos a su cargo.

**SGSI:** Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

**Sistema de información:** Es un conjunto organizado de datos, operaciones y transacciones que interactúan para el almacenamiento y procesamiento de la información que, a su vez, requiere la interacción de uno o más activos de información para efectuar sus tareas.

Un sistema de información es todo componente de software ya sea de origen interno, es decir desarrollado por el Hospital o de origen externo ya sea adquirido por la entidad como un producto estándar de mercado o desarrollado para las necesidades de ésta.

**Sistemas de control ambiental:** Son sistemas que utilizan la climatización, un proceso de tratamiento del aire que permite modificar ciertas características del mismo, fundamentalmente humedad y temperatura y, de manera adicional, también permite controlar su pureza y su movimiento. Software malicioso: es una variedad de software o programas de códigos hostiles e intrusivos que tienen como objeto infiltrarse o dañar los recursos tecnológicos, sistemas operativos, redes de datos o sistemas de información.

**Terceros:** Todas las personas, jurídicas o naturales, como proveedores, contratistas o consultores, que provean servicios o productos a la entidad.

**Vulnerabilidades:** Son las debilidades, hoyos de seguridad o flaquezas inherentes a los activos de información que pueden ser explotadas por factores externos y no controlables por el hospital (amenazas), las cuales se constituyen en fuentes de riesgo.

**POLÍTICA GLOBAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LA ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO**

la información es un activo fundamental para la prestación de sus servicios de salud y la toma de decisiones eficientes, razón por la cual existe un compromiso expreso de protección de sus propiedades más significativas como parte de una estrategia orientada a la continuidad de la empresa, la administración de riesgos y la consolidación de una cultura de seguridad.

Consciente de las necesidades actuales, La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO implementa un modelo de gestión de seguridad de la información como la herramienta que permite identificar y minimizar los riesgos a los cuales se expone la información, ayuda a la reducción de costos operativos y financieros, establece una cultura de seguridad y garantiza el cumplimiento de los requerimientos legales, contractuales, regulatorios y de empresa vigentes.

Los funcionarios, personal externo, proveedores y todos aquellos que tengan responsabilidades sobre las fuentes, repositorios y recursos de procesamiento de la información de La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO, deben adoptar los lineamientos contenidos en el presente documento y en los documentos relacionados con él, con el fin de mantener la confidencialidad, la integridad y asegurar la disponibilidad de la información.

La Política Global de Seguridad de la Información de La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO, se encuentra soportada por políticas, normas y procedimientos específicos, los cuales guiarán el manejo adecuado de la información del hospital.

En el comité de MIPG se requerirá el tema **de Seguridad de la información** tendrá la potestad de modificar la Política Global o las Políticas Específicas de Seguridad de la Información de acuerdo con las necesidades de revisión establecidas periódicamente o a la aplicabilidad de las mismas cuando lo amerite.

**COMPROMISO DE LA GERENCIA**

El gerente de La **ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** aprueba esta Política de Seguridad de la Información como muestra de su compromiso y apoyo en el diseño e implementación de políticas eficientes que garanticen la seguridad de la información de la entidad.

La **Alta Dirección de la entidad** demuestran su compromiso a través de:

* La revisión y aprobación de las Políticas de Seguridad de la Información contenidas en este documento.
* La promoción activa de una cultura de seguridad.
* Facilitar la divulgación de este protocolo a todos los funcionarios de la entidad.
* El aseguramiento de los recursos adecuados para implementar y mantener las políticas de seguridad de la información.
* La verificación del cumplimiento de las políticas aquí mencionadas.

**SANCIONES PARA LAS VIOLACIONES A LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Las Políticas de Seguridad de la Información pretenden instituir y afianzar la cultura de seguridad de la información entre los funcionarios, personal externo y proveedores de La **ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO**.

Por tal razón, es necesario que las violaciones a las Políticas Seguridad de la Información sean clasificadas, con el objetivo de aplicar medidas correctivas conforme con los niveles de clasificación definidos y mitigar posibles afectaciones contra la seguridad de la información.

Las medidas correctivas pueden considerar desde acciones administrativas, hasta acciones de orden disciplinario o penal, de acuerdo con las circunstancias, si así lo ameritan.

**POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

**POLÍTICA DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION**

La **ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO**, establecerá un esquema de seguridad de la información en donde existan roles y responsabilidades definidos, que consideren actividades de administración, operación y gestión de la seguridad de la información.

Normas que rigen para la estructura organizacional de seguridad de la información Normas dirigidas a:

**ALTA DIRECCION**

* La Alta Dirección del hospital debe definir y establecer los roles y responsabilidades relacionados con la seguridad de la información en niveles directivo y operativo.
* La Alta Dirección debe definir y establecer el procedimiento de contacto con las autoridades en caso de ser requerido, así como los responsables para establecer dicho contacto.
* La Alta Dirección debe revisar y aprobar las Políticas de Seguridad de la Información contenidas en este documento.
* La Alta Dirección debe promover activamente una cultura de seguridad de la información en el hospital.
* La Alta Dirección debe facilitar la divulgación de las Políticas de Seguridad de la Información a todos los funcionarios de la entidad y al personal provisto por terceras partes.

**Normas dirigidas a: ALTA DIRECCION Y SECRETARIA GENERAL**

* La Alta Dirección y la Secretaria General de La **ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO**, deben asignar los recursos, la infraestructura física y el personal necesario para la gestión de la seguridad de la información del hospital.

**Normas dirigidas a: Responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACION**

* El **responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACION** debe actualizar y presentar ante la Gerencia las Políticas de Seguridad de la Información, la metodología para el análisis de riesgos de seguridad y la metodología para la clasificación de la información, según lo considere pertinente.
* El responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACION debe analizar los incidentes de seguridad que sucedan y activar el procedimiento de contacto con las autoridades, cuando lo estime necesario.
* El responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACION debe verificar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información aquí mencionadas.

**Normas dirigidas a: OFICINA SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO – RIESGOS INFORMACIÓN**

* La Oficina de subgerencia, debe liderar la generación de lineamientos para gestionar la seguridad de la información del hospital y el establecimiento de controles técnicos, físicos y administrativos derivados de análisis de riesgos de seguridad.
* La Oficina de subgerencia debe validar y monitorear de manera periódica la implantación de los controles de seguridad establecidos.

**Normas dirigidas a: OFICINA DE CONTROL INTERNO**

* La Oficina de Control Interno debe planear y ejecutar las auditorías internas al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del hospital a fin de determinar si las políticas, procesos, procedimientos y controles establecidos están conformes con los requerimientos institucionales, requerimientos de seguridad y regulaciones aplicables.
* La Oficina de Control Interno debe ejecutar revisiones totales o parciales de los procesos o áreas que hacen parte del alcance del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, con el fin de verificar la eficacia de las acciones correctivas cuando sean identificadas no conformidades.
* La Oficina de Control Interno debe informar a las áreas responsables los hallazgos de las auditorías.

**Normas dirigidas a: OFICINA SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Subgerencia y/o su delegado debe asignar las funciones, roles y responsabilidades, a sus funcionarios para la operación y administración de la plataforma tecnológica del hospital. Dichas funciones, roles y responsabilidades deben encontrarse documentadas y apropiadamente segregadas.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes que realicen labores en o para el hospital, tienen la responsabilidad de cumplir con las políticas, normas, procedimientos y estándares referentes a la seguridad de la información.

**POLITICA PARA USO DE DISPOSITIVOS MOVILES**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO,** proveerá las condiciones para el manejo de los dispositivos móviles (teléfonos y tabletas, entre otros) institucionales y/o personales que hagan uso de servicios del hospital.

Así mismo, velará porque los funcionarios hagan un uso responsable de los servicios y equipos proporcionados por la entidad.

**Normas para uso de dispositivos móviles**

**Normas dirigidas a: OFICINA SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe investigar y probar las opciones de protección de los dispositivos móviles institucionales y personales que hagan uso de los servicios provistos por el hospital.
* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología, debe establecer las configuraciones aceptables para los dispositivos móviles institucionales o personales que hagan uso de los servicios provistos por el hospital.
* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe establecer un método de bloqueo (por ejemplo, contraseñas, biométricos, patrones, reconocimiento de voz) para los dispositivos móviles institucionales que serán entregados a los usuarios.

Se debe configurar estos dispositivos para que pasado un tiempo de inactividad pasen automáticamente a modo de suspensión y, en consecuencia, se active el bloqueo de la pantalla el cual requerirá el método de desbloqueo configurado.

* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe activar la opción de cifrado de la memoria de almacenamiento de los dispositivos móviles institucionales haciendo imposible la copia o extracción de datos si no se conoce el método de desbloqueo.
* La Subgerencia y/o su delegado - Dirección de Tecnología: debe configurar la opción de borrado remoto de información en los dispositivos móviles institucionales, con el fin de eliminar los datos de dichos dispositivos y restaurarlos a los valores de fábrica, de forma remota, evitando así divulgación no autorizada de información en caso de pérdida o hurto.
* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe contar con una solución de copias de seguridad para la información contenida en los dispositivos móviles institucionales del hospital; dichas copias deben acogerse a la Política de Copias de Respaldo de la Información.
* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe instalar un software de antivirus tanto en los dispositivos móviles institucionales. como en los personales que hagan uso de los servicios provistos por el hospital
* La Subgerencia y/o su delegado- Dirección de Tecnología: debe activar los códigos de seguridad de la tarjeta SIM para los dispositivos móviles institucionales antes de asignarlos a los usuarios y almacenar estos códigos en un lugar seguro.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los clientes internos, deben evitar usar los dispositivos móviles institucionales en lugares que no les ofrezcan las garantías de seguridad física necesarias para evitar pérdida o robo de estos.
* Los usuarios no deben modificar las configuraciones de seguridad de los dispositivos móviles institucionales bajo su responsabilidad, ni desinstalar el software provisto con ellos al momento de su entrega.
* Los usuarios deben evitar la instalación de programas desde fuentes desconocidas; se deben instalar aplicaciones únicamente desde los repositorios oficiales de los dispositivos móviles institucionales.
* Los usuarios deben, cada vez que el sistema de sus dispositivos móviles institucionales notifique de una actualización disponible, aceptar y aplicar la nueva versión.
* Los usuarios deben evitar hacer uso de redes inalámbricas de uso público, así como deben desactivar las redes inalámbricas como WIFI, Bluetooth, o infrarrojos en los dispositivos móviles institucionales asignados.
* Los usuarios deben evitar conectar los dispositivos móviles institucionales asignados por puerto USB a cualquier computador público, de hoteles o cafés internet, entre otros.
* Los usuarios no deben almacenar videos, fotografías o información personal en los dispositivos móviles institucionales asignados.
* Los usuarios no deben utilizar los dispositivos móviles institucionales para llamadas y/o conexiones personales de ninguna índole.

**POLITICA PARA USO DE CONEXIONES REMOTAS**

El Hospital establecerá las circunstancias y requisitos para el establecimiento de conexiones remotas a la plataforma tecnológica del instituto; así mismo, suministrará las herramientas y controles necesarios para que dichas conexiones se realicen de manera segura.

**Normas para uso de conexiones remotas**

**Normas dirigidas a: LA SUBGERENCIA: RIESGOS Y DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe analizar y aprobar los métodos de conexión remota a la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe implantar los métodos y controles de seguridad para establecer conexiones remotas hacia la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe restringir las conexiones remotas a los recursos de la plataforma tecnológica; únicamente se deben permitir estos accesos a personal autorizado y por periodos de tiempo establecidos, de acuerdo con las labores desempeñadas.
* Debe verificar la efectividad de los controles aplicados sobre las conexiones remotas a los recursos de la plataforma tecnológica del hospital de manera permanente.

**Normas dirigidas a: OFICINA DE CONTROL INTERNO**

* La Oficina de Control Interno debe, dentro de su autonomía, realizar auditorías sobre los controles implantados para las conexiones remotas a la plataforma tecnológica del hospital.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios que realizan conexión remota deben contar con las aprobaciones requeridas para establecer dicha conexión a los dispositivos de la plataforma tecnológica del Hospital y deben acatar las condiciones de uso establecidas para dichas conexiones.
* Los usuarios únicamente deben establecer conexiones remotas en computadores previamente identificados y, bajo ninguna circunstancia, en computadores públicos, de hoteles o cafés internet, entre otros.

**POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PERSONAL**

**POLÍTICA RELACIONADA CON LA VINCULACIÓN DE FUNCIONARIOS**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** reconoce la importancia que tiene el factor humano para el cumplimiento de sus objetivos misionales y, con el interés de contar con el personal mejor calificado, garantizará que la vinculación de nuevos funcionarios se realizara siguiendo un proceso formal de selección, acorde con la legislación vigente, el cual estará orientado a las funciones y roles que deben desempeñar los funcionarios en sus cargos.

**Normas relacionadas con la VINCULACIÓN DE FUNCIONARIOS**

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – SUBGERENCIA: TALENTO HUMANO**

* Debe realizar las verificaciones necesarias para confirmar la veracidad de la información suministrada por el personal candidato a ocupar un cargo en el Hospital, antes de su vinculación definitiva.
* Debe certificar que los funcionarios del Hospital, firmen un Acuerdo y/o Cláusula de Confidencialidad y un documento de Aceptación de Políticas de Seguridad de la Información; estos documentos deben ser anexados a los demás documentos relacionados con la ocupación del cargo.

**Normas dirigidas a: LIDERES DE AREA**

* Cada Líder de área, debe implementar y verificar la existencia de Acuerdos y/o Cláusulas de Confidencialidad y de la documentación de Aceptación de Políticas para el personal a su cargo, antes de otorgar acceso a la información del área correspondiente.

**Normas dirigidas a: PERSONAL PROVISTO POR TERCERAS PARTES (contrato – cooperativa)**

* El personal provisto por terceras partes que realicen labores en o para el hospital, deben firmar un Acuerdo y/o Cláusula de Confidencialidad y un documento de Aceptación de Políticas de Seguridad de la Información, antes de que se les otorgue acceso a las instalaciones y a la plataforma tecnológica del Hospital.
* El personal provisto por terceras partes, deben garantizar el cumplimiento de los Acuerdos y/o Cláusulas de Confidencialidad y aceptación de las Políticas de Seguridad de la Información del hospital.

**POLÍTICA APLICABLE DURANTE LA VINCULACION DE FUNCIONARIOS Y PERSONAL PROVISTO POR TERCEROS**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** en su interés por proteger su información y los recursos de procesamiento de la misma demostrará el compromiso de la Alta Dirección en este esfuerzo, promoviendo que el personal cuente con el nivel deseado de conciencia en seguridad de la información para la correcta gestión de los activos de información y ejecutando el proceso disciplinario necesario cuando se incumplan las Políticas de seguridad de la información del hospital.

Todos los funcionarios del hospital deben ser cuidadosos de no divulgar información confidencial en lugares públicos, en conversaciones o situaciones que pongan en riesgos la seguridad y el buen nombre de la entidad.

**Normas aplicables durante la vinculación de funcionarios y personal provisto por terceros**

**Normas dirigidas a: ALTA DIRECCION**

* La Alta Dirección debe demostrar su compromiso con la seguridad de la información por medio de su aprobación de las políticas, normas y demás lineamientos que desee establecer el hospital.
* La Alta Dirección debe promover la importancia de la seguridad de la información entre los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes, así como motivar el entendimiento, la toma de conciencia y el cumplimiento de las políticas, normas, procedimientos y estándares para la seguridad de la información establecidos.
* La Alta Dirección debe definir y establecer el proceso disciplinario o incluir en el proceso disciplinario existente en el hospital, el tratamiento de las faltas de cumplimiento a las políticas de seguridad o los incidentes de seguridad que lo ameriten.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe diseñar y ejecutar de manera permanente un programa de concienciación en seguridad de la información, con el objetivo de apoyar la protección adecuada de la información y de los recursos de procesamiento la misma.
* Debe capacitar y entrenar a los funcionarios del hospital en el programa de concienciación en seguridad de la información para evitar posibles riesgos de seguridad.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL**

* La Secretaria General debe aplicar el proceso disciplinario del hospital por ordenamiento de Gerencia, cuando se identifiquen violaciones o incumplimientos a las políticas de seguridad de la información.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – SUBGERENCIA: TALENTO HUMANO**

* Debe convocar a los funcionarios a las charlas y eventos programados como parte del programa de concienciación en seguridad de la información, proveer los recursos para la ejecución de las capacitaciones y controlar la asistencia a dichas charlas y eventos, aplicando las sanciones pertinentes por la falta de asistencia no justificada.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes que por sus funciones hagan uso de la información del hospital, deben dar cumplimiento a las políticas, normas y procedimientos de seguridad de la información, así como asistir a las capacitaciones que sean referentes a la seguridad de la información.

**POLÍTICA DE DESVINCULACIÓN, LICENCIAS, VACACIONES O CAMBIO DE LABORES DE LOS FUNCIONARIOS Y PERSONAL PROVISTO POR TERCEROS**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** asegurará que sus funcionarios y el personal provisto por terceros serán desvinculados o reasignados para la ejecución de nuevas labores de una forma ordenada, controlada y segura.

Normas para la desvinculación, licencias, vacaciones o cambios de labores de los funcionarios y personal provisto por terceros

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – SUBGERENCIA: TALENTO HUMANO**

* Debe realizar el proceso de desvinculación, licencias, vacaciones o cambio de labores de los funcionarios del hospital llevando a cabo los procedimientos y ejecutando los controles establecidos para tal fin.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA COMO SUPERVISOR DE CONTRATO, Y LIDERES DE AREA**

* Deben monitorear y reportar de manera inmediata la desvinculación o cambio de labores de los funcionarios o personal provistos por terceras partes a la Oficina de Subgerencia.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe verificar los reportes de desvinculación o cambio de labores y posteriormente debe realizar la modificación o inhabilitación de usuarios en su Software y/o base de datos de Talento Humano.

**POLÍTICAS DE GESTIÓN DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN**

**POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** como propietario de la información física así como de la información generada, procesada, almacenada y transmitida con su plataforma tecnológica, otorgará responsabilidad a las áreas sobre sus activos de información, asegurando el cumplimiento de las directrices que regulen el uso adecuado de la misma.

La información, archivos físicos, los sistemas, los servicios y los equipos (ej. estaciones de trabajo, equipos portátiles, impresoras, redes, Internet, correo electrónico, herramientas de acceso remoto, aplicaciones, teléfonos y fases, entre otros) propiedad del hospital, son activos de la institución y se proporcionan a los funcionarios y terceros autorizados, para cumplir con los propósitos del negocio.

Toda la información sensible del hospital, así como los activos donde ésta se almacena y se procesa deben ser asignados a un responsable, inventariados y posteriormente clasificados, de acuerdo con los requerimientos y los criterios que dicte Subgerencia: Riesgos.

Los propietarios de los activos de información deben llevar a cabo el levantamiento y la actualización permanente del inventario de activos de información al interior de sus procesos o área.

**Normas de responsabilidad por los activos Normas dirigidas a:**

**PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACIÓN**

* Los Asesores del hospital, deben actuar como propietarias de la información física y electrónica de la entidad, ejerciendo así la facultad de aprobar o revocar el acceso a su información con los perfiles adecuados para tal fin.
* Los propietarios de los activos de información deben generar un inventario de dichos activos para las áreas o procesos que lideran, acogiendo las indicaciones de las **TRD**; así mismo, deben mantener actualizado el inventario de sus activos de información.
* Los propietarios de los activos de información deben monitorear periódicamente la validez de los usuarios y sus perfiles de acceso a la información.
* Los propietarios de los activos de información deben ser conscientes que los recursos de procesamiento de información del hospital, se encuentran sujetos a auditorías por parte de la Oficina de Control Interno y a revisiones de cumplimiento por parte de la Oficina de Subgerencia -Riesgos.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Es la propietaria de los activos de información correspondientes a la plataforma tecnológica del HOSPITAL y, en consecuencia, debe asegurar su apropiada operación y administración.
* En conjunto con el **Comité de Archivo**, son quienes deben autorizar la instalación, cambio o eliminación de componentes de la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe establecer una configuración adecuada para los recursos tecnológicos, con el fin de preservar la seguridad de la información y hacer un uso adecuado de ellos.
* Es responsable de preparar las estaciones de trabajo fijas y/o portátiles de los funcionarios y de hacer entrega de las mismas.
* Es responsable de recibir los equipos de trabajo fijo y/o portátil para su reasignación o disposición final, y generar copias de seguridad de la información de los funcionarios que se retiran o cambian de labores, cuando les es formalmente solicitado.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe realizar un análisis de riesgos de seguridad de manera periódica, sobre los procesos del hospital.
* Debe definir las condiciones de uso y protección de los activos de información, tanto los tecnológicos como aquellos que no lo son
* Debe realizar revisiones periódicas de los recursos de la plataforma tecnológica y los sistemas de información del hospital.

**Normas dirigidas a: LIDERES DE AREA**

* Deben autorizar a sus funcionarios el uso de los recursos tecnológicos, previamente preparados por Subgerencia - Dirección de Tecnología.
* Deben recibir los recursos tecnológicos asignados a sus colaboradores cuando estos se retiran del hospital o son trasladados de área.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los recursos tecnológicos del hospital, deben ser utilizados de forma ética y en cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes, con el fin de evitar daños o pérdidas sobre la operación o la imagen del hospital.
* Los recursos tecnológicos del hospital provistos a funcionarios y personal suministrado por terceras partes, son proporcionados con el único fin de llevar a cabo las labores del hospital; por consiguiente, no deben ser utilizados para fines personales o ajenos a este.
* Los funcionarios no deben utilizar sus equipos de cómputo y dispositivos móviles personales para desempeñar las actividades laborales.
* Los funcionarios no deben utilizar software no autorizado o de su propiedad en la plataforma tecnológica del hospital.
* Todas las estaciones de trabajo, dispositivos móviles y demás recursos tecnológicos son asignadas a un responsable, por lo cual es su compromiso hacer uso adecuado y eficiente de dichos recursos.
* En el momento de desvinculación o cambio de labores, los funcionarios deben realizar la entrega de su puesto de trabajo al Subgerente, Líder de área o quien este delegue; así mismo, deben encontrarse a paz y salvo con la entrega de los recursos tecnológicos y otros activos de información suministrados en el momento de su vinculación.

**POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** definirá los niveles más adecuados para clasificar su información de acuerdo con su sensibilidad, y generará las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL para que los propietarios de la misma la cataloguen y determinen los controles requeridos para su protección.

Toda la información del hospital debe ser identificada, clasificada y documentada de acuerdo con las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. Una vez clasificada la información, el hospital proporcionará los recursos necesarios para la aplicación de controles en busca de preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma, con el fin de promover el uso adecuado por parte de los funcionarios del hospital y personal provisto por terceras partes que se encuentre autorizado y requiera de ella para la ejecución de sus actividades.

**Normas para la clasificación y manejo de la información**

**Normas dirigidas a: El responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

* **El responsable de SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** debe recomendar los niveles de clasificación de la información propuestos por la Oficina de Subgerencia - Riesgos y la **guía de clasificación de la Información** del hospital para que sean aprobados por Gerencia.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: RIESGOS**

* Debe definir los **niveles de clasificación de la información** para el hospital y, posteriormente generar la **guía de clasificación de la Información**.
* Debe socializar y divulgar la guía de clasificación de la Información a los funcionarios del instituto.
* Debe monitorear con una periodicidad establecida la aplicación de la guía de clasificación de la Información.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe proveer los métodos de cifrado de la información, así como debe administrar el software o herramienta utilizado para tal fin.
* Debe efectuar la eliminación segura de la información, a través de los mecanismos necesarios en la plataforma tecnológica, ya sea cuando son dados de baja o cambian de usuario.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: RIESGOS y DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe definir los métodos de cifrado de la información de la Entidad de acuerdo al nivel de clasificación de los activo.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – LIDER DE ARCHIVO**

* La Líder de Archivo debe utilizar los medios de los cuales está dotada para destruir o desechar correctamente la documentación física, con el fin de evitar la reconstrucción de la misma, acogiéndose a procedimiento establecido para tal fin.
* La Líder de Archivo debe realizar la destrucción de información cuando se ha cumplido su ciclo de almacenamiento.
* La Líder de Archivo debe administrar el contrato de almacenamiento y resguardo de las cintas de backup, otros medios de almacenamiento y documentos físicos del hospital con el proveedor del servicio.
* La Líder de Archivo debe verificar el cumplimiento de los Acuerdos en las diferentes áreas de Servicio del hospital.

**Normas dirigidas a: PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACIÓN (LIDERES DE AREA O DELEGADOS)**

* Los propietarios de los activos de información deben clasificar su información de acuerdo con la TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL establecidas.
* Los propietarios de los activos de información son responsables de monitorear periódicamente la clasificación de sus activos de información y de ser necesario realizar su re-clasificación.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios deben acatar los lineamientos de las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL para el acceso, divulgación, almacenamiento, copia, transmisión, etiquetado y eliminación de la información contenida en los recursos tecnológicos, así como de la información física del hospital.
* La información física y digital del hospital debe tener un periodo de almacenamiento que puede ser dictaminado por requerimientos legales o misionales; este período debe ser indicado en las **TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL** y cuando se cumpla el periodo de expiración, toda la información debe ser eliminada adecuadamente.
* Los usuarios deben tener en cuenta estas consideraciones cuando impriman, escaneen, saquen copias y envíes faxes: verificar las áreas adyacentes a impresoras, escáneres, fotocopiadoras y máquinas de fax para asegurarse que no quedaron documentos relacionados o adicionales; asimismo, recoger de las impresoras, escáneres, fotocopiadoras y máquinas de fax, inmediatamente los documentos confidenciales para evitar su divulgación no autorizada.
* Tanto los funcionarios como el personal provisto por terceras partes deben asegurarse que en el momento de ausentarse de su puesto de trabajo, sus escritorios se encuentren libres de documentos y medios de almacenamiento, utilizados para el desempeño de sus labores; estos deben contar con las protecciones de seguridad (que se debe realizar mínimo cada ocho días) necesarias de acuerdo con su nivel de clasificación.
* La información que se encuentra en documentos físicos debe ser protegida, a través de controles de acceso físico y las condiciones adecuadas de almacenamiento y resguardo.

**POLITICA PARA USO DE TOKENS DE SEGURIDAD**

**La ESE HOSPITAL LOCAL ULPIANO TASCÓN QUINTERO** proveerá las condiciones de manejo de los tokens de seguridad para los procesos que los utilizan y velará porque los funcionarios hagan un uso responsable de estos.

**Normas para uso de tokens de seguridad Normas dirigidas a:**

**AREA (S) USUARIAS DE TOKENS DE SEGURIDAD**

* Cada área usuaria de tokens de seguridad debe asignar un funcionario administrador de los mismos con la potestad para autorizar las solicitudes de acceso.

**Normas dirigidas a: ADMINISTRADORES DE LOS TOKENS DE SEGURIDAD**

* Los Administradores de los tokens de seguridad deben procesar las solicitudes de dichos tokens según los requerimientos de cada entidad proveedora de éstos (Bancos) y adjuntar la documentación necesaria.
* Los Administradores de los tokens deben recibirlos y realizar la activación necesaria en los respectivos portales o sitios de uso para poder realizar operaciones por medio de ellos.
* Los Administradores de los tokens deben crear los usuarios y perfiles en cada portal o sitio de uso, según las actividades a realizar por cada funcionario creado.
* Los Administradores de los tokens deben entregar a los funcionarios designados los usuarios y seriales de los dispositivos que le son asignados para su uso, formalizando la entrega por medio de acta y tula (o sobre) de seguridad para custodia de los mismos.
* Los Administradores de los tokens deben dar avisos a las entidades emisoras en caso de robo o pérdida de estos con el fin de efectuar el bloqueo respectivo y la reposición de los mismos.
* Los Administradores de los tokens deben realizar el cambio de estos, cuando se presente mal funcionamiento, caducidad, cambio de funciones o cambio del titular, reportando a la entidad emisora y devolviendo los dispositivos asignados.

**Normas dirigidas a: USUARIOS DE TOKENS DE SEGURIDAD**

* Los usuarios que requieren utilizar los tokens de seguridad deben contar con una cuenta de usuario en los portales o sitios de uso de los mismos; dichos tokens harán parte del inventario físico de cada usuario a quien se haya asignado.
* Los usuarios deben devolver el token asignado en estado operativo al Administrador de los tokens cuando el vínculo laboral con el hospital se dé por terminado o haya cambio de cargo, para obtener el paz y salvo, el cual será requerido para legalizar la finalización del vínculo con el hospital.
* Cada usuario de los portales o sitios de uso de los tokens debe tener su propio dispositivo, el cual es exclusivo, personal e intransferible, al igual que la cuenta de usuario y la contraseña de acceso.
* El almacenamiento de los tokens debe efectuarse bajo estrictas medidas de seguridad, en la tula o sobre asignado para cada token, dentro de caja fuerte o escritorios con llave al interior de las áreas usuarias, de tal forma que se mantengan fuera del alcance de terceros no autorizados.
* Los usuarios deben notificar al Administrador de los tokens en caso de robo, pérdida, mal funcionamiento o caducidad para que este a su vez, se comunique con las entidades emisoras de dichos tokens.
* Los usuarios no deben permitir que terceras personas observen la clave que genera el token, así como no deben aceptar ayuda de terceros para la utilización del token.
* Los usuarios deben responder por las transacciones electrónicas que se efectúen con la cuenta de usuario, clave y el token asignado, en el desarrollo de las actividades como funcionarios del hospital. En caso de que suceda algún evento irregular con los tokens los usuarios deben asumir la responsabilidad administrativa, disciplinaria y económica.
* Los usuarios deben mantener los tokens asignados en un lugar seco y no introducirlos en agua u otros líquidos.
* Los usuarios no deben abrir los tokens, retirar la batería o placa de circuitos, ya que ocasionará su mal funcionamiento.
* Los usuarios no deben usar los tokens fuera de las instalaciones del hospital para evitar pérdida o robo de estos.

**POLÍTICA DE USO DE PERIFERICOS Y MEDIOS DE ALMACENAMIENTO**

El uso de periféricos y medios de almacenamiento en los recursos de la plataforma tecnológica del hospital será reglamentado por la Subgerencia - Dirección de Tecnología - Riesgos, considerando las labores realizadas por los funcionarios y su necesidad de uso.

**Normas uso de periféricos y medios de almacenamiento**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA Y RIESGOS**

* Debe establecer las condiciones de uso de periféricos y medios de almacenamiento en la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe implantar los controles que regulen el uso de periféricos y medios de almacenamiento en la plataforma tecnológica del hospital, de acuerdo con los lineamientos y condiciones establecidas.
* Debe generar y aplicar lineamientos para la disposición segura de los medios de almacenamiento del hospital, ya sea cuando son dados de baja o re-asignados a un nuevo usuario.
* Debe autorizar el uso de periféricos o medios de almacenamiento en la plataforma tecnológica del instituto de acuerdo con el perfil del cargo del funcionario solicitante.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los funcionarios y el personal provisto por terceras partes deben acoger las condiciones de uso de los periféricos y medios de almacenamiento establecidos por Subgerencia: Dirección de Tecnología.
* Los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes no deben modificar la configuración de periféricos y medios de almacenamiento establecidos por la Subgerencia: Dirección de Tecnología.
* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes son responsables por la custodio de los medios de almacenamiento institucionales asignados.
* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes no deben utilizar medios de almacenamiento personales en la plataforma tecnológica del hospital.

**POLÍTICAS DE CONTROL DE ACCESO**

**POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED**

La Subgerencia y/o su delegado cumpliendo con su función de Dirección de Tecnología del Hospital, como responsable de las redes de datos y los recursos de red del hospital, debe propender porque dichas redes sean debidamente protegidos contra accesos no autorizados a través de mecanismos de control de acceso lógico.

**Normas de acceso a redes y recursos de red**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe establecer un procedimiento de autorización y controles para proteger el acceso a las redes de datos y los recursos de red del hospital.
* Debe asegurar que las redes inalámbricas del hospital cuenten con métodos de autenticación que evite accesos no autorizados.
* Debe establecer controles para la identificación y autenticación de los usuarios provistos por terceras partes en las redes o recursos de red del hospital, así como velar por la aceptación de las responsabilidades de dicho terceros.

Además, se debe formalizar la aceptación de las Políticas de Seguridad de la Información por parte de estos.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe autorizar la creación o modificación de las cuentas de acceso a las redes o recursos de red del hospital.
* Debe verificar periódicamente los controles de acceso para los usuarios provistos por terceras partes, con el fin de revisar que dichos usuarios tengan acceso permitido únicamente a aquellos recursos de red y servicios de la plataforma tecnológica para los que fueron autorizados.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes, antes de contar con acceso lógico por primera vez a la red de datos del hospital, deben contar con la **creación de cuentas de usuario debidamente autorizado y el Acuerdo de Confidencialidad firmado previamente.**

Los equipos de cómputo de usuario final que se conecten o deseen conectarse a las redes de datos del hospital, deben cumplir con todos los requisitos o controles para autenticarse en ellas y únicamente podrán realizar las tareas para las que fueron autorizados.

**POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE ACCESO DE USUARIOS**

El hospital establecerá privilegios para el control de acceso lógico de cada usuario o grupo de usuarios a las redes de datos, los recursos tecnológicos y los sistemas de información del hospital. Así mismo, velará porque los funcionarios y el personal provisto por terceras partes tengan acceso únicamente a la información necesaria para el desarrollo de sus labores y porque la asignación de los derechos de acceso esté regulada por normas y procedimientos establecidos para tal fin.

**Normas de administración de acceso de usuarios**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA - RIESGOS**

* Debe establecer un procedimiento formal para la administración de los usuarios en las redes de datos, los recursos tecnológicos y sistemas de información del hospital, que contemple la creación, modificación, bloqueo o eliminación de las cuentas de usuario.
* La Subgerencia, previa solicitud de los Lideres de área solicitantes de las cuentas de usuario y aprobación por Gerencia, debe con la persona a cargo de los sistemas del Hospital, crear, modificar, bloquear o eliminar cuentas de usuarios sobre las redes de datos, los recursos tecnológicos y los sistemas de información administrados, acorde con el procedimiento establecido.
* Debe definir lineamientos para la configuración de contraseñas que aplicaran sobre la plataforma tecnológica, los servicios de red y los sistemas de información del hospital; dichos lineamientos deben considerar aspectos como longitud, complejidad, cambio periódico, control histórico, bloqueo por número de intentos fallidos en la autenticación y cambio de contraseña en el primer acceso, entre otros.
* Debe establecer un procedimiento que asegure la eliminación, reasignación o bloqueo de los privilegios de acceso otorgados sobre los recursos tecnológicos, los servicios de red y los sistemas de información de manera oportuna, cuando los funcionarios se desvinculan, toman licencias, vacaciones, son trasladados o cambian de cargo.
* Debe asegurarse que los usuarios o perfiles de usuario que tienen asignados por defecto los diferentes recursos de la plataforma tecnológica sean inhabilitados o eliminados.
* Debe autorizar la creación o modificación de las cuentas de acceso de los recursos tecnológicos y sistemas de información del hospital.

**Normas dirigidas a: PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACION**

* Es responsabilidad de los Propietarios de los activos de información, definir los perfiles de usuario y autorizar, conjuntamente con la Oficina de Gerencia, las solicitudes de acceso a dichos recursos de acuerdo con los perfiles establecidos.
* Los propietarios de los activos de información deben verificar y ratificar periódicamente todas las autorizaciones sobre sus recursos tecnológicos y sistemas de información.

**Normas dirigidas a: LIDERES DE AREA**

* Deben solicitar la creación, modificación, bloqueo y eliminación de cuentas de usuario, para los funcionarios que laboran en sus áreas, acogiéndose al procedimiento establecidos para tal fin.

**POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS**

Los usuarios de los recursos tecnológicos y los sistemas de información del hospital realizarán un uso adecuado y responsable de dichos recursos y sistemas, salvaguardando la información a la cual les es permitido el acceso.

**Normas de responsabilidades de acceso de los usuarios**

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios de la plataforma tecnológica, los servicios de red y los sistemas de información del Hospital, deben hacerse responsables de las acciones realizadas en los mismos, así como del usuario y contraseña asignados para el acceso a estos.
* Los funcionarios no deben compartir sus cuentas de usuario y contraseñas con otros funcionarios o con personal provisto por terceras partes.
* Los funcionarios y personal provisto por terceras partes que posean acceso a la plataforma tecnológica, los servicios de red y los sistemas de información del hospital, deben acogerse a lineamientos para la configuración de contraseñas implantados por el hospital.

**POLÍTICA DE USO DE ALTOS PRIVILEGIOS Y UTILITARIOS DE ADMINISTRACION**

La Subgerencia del Hospital, velará porque los recursos de la plataforma tecnológica y los servicios de red del hospital sean operados y administrados en condiciones controladas y de seguridad, que permitan un monitoreo posterior de la actividad de los usuarios administradores, poseedores de los más altos privilegios sobre dichos plataforma y servicios.

Normas dirigidas a: SUBGERENCIA EN SU PAPEL DE DIRECCION DE TECNOLOGIA, ADMINISTRADORES DE LOS RECURSOS TECNOLOGICOS Y SERVICIOS DE RED

* La Subgerencia debe otorgar los privilegios para administración de recursos tecnológicos, servicios de red y sistemas de información sólo a aquellos funcionarios designados para dichas funciones.
* Debe establecer cuentas personalizadas con altos privilegios para cada uno de los administradores de los recursos tecnológicos, servicios de red y sistemas de información.

* Debe restringir las conexiones remotas a los recursos de la plataforma tecnológica; únicamente se deben permitir estos accesos a personal autorizado, de acuerdo con las labores desempeñadas.
* Debe asegurarse que los usuarios o perfiles de usuario que traen por defecto los sistemas operativos, y las bases de datos sean suspendidos o renombrados en sus autorizaciones y que las contraseñas que traen por defecto dichos usuarios o perfiles sean modificadas.
* Debe establecer los controles para que los usuarios finales de los recursos tecnológicos, los servicios de red y los sistemas de información no tengan instalados en sus equipos de cómputo utilitarios que permitan accesos privilegiados a dichos recursos, servicios o sistemas.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe validar que las políticas de contraseñas establecidas sobre la plataforma tecnológica, los servicios de red y los sistemas de información son aplicables a los usuarios administradores; así mismo, debe verificar que el cambio de contraseña de los usuarios administradores acoja el procedimiento definido para tal fin.
* Debe revisar periódicamente la actividad de los usuarios con altos privilegios en los registros de auditoria de la plataforma tecnológica y los sistemas de información.

**POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS**

Los líderes de área como propietarias de los sistemas de información y aplicativos que apoyan los procesos y áreas que lideran, velarán por la asignación, modificación y revocación de privilegios de accesos a sus sistemas o aplicativos de manera controlada.

La Subgerencia, como responsable de la administración de dichos sistemas de información y aplicativos, propenderá para que estos sean debidamente protegidos contra accesos no autorizados a través de mecanismos de control de acceso lógico. Así mismo, velará porque los desarrolladores, tanto internos como externos, acojan buenas prácticas de desarrollo en los productos generados para controlar el acceso lógico y evitar accesos no autorizados a los sistemas administrados.

**Normas de control de acceso a sistemas y aplicativos**

**Normas dirigidas a: PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACION**

* Los propietarios de los activos de información deben autorizar los accesos a sus sistemas de información o aplicativos, de acuerdo con los perfiles establecidos y las necesidades de uso, acogiendo los procedimientos establecidos.
* Los propietarios de los activos de información deben monitorear periódicamente los perfiles definidos en los sistemas de información y los privilegios asignados a los usuarios que acceden a ellos.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe establecer un procedimiento para la asignación de accesos a los sistemas y aplicativos del hospital.

**POLÍTICAS DE SEGURIDAD FISICA Y MEDIOAMBIENTAL**

**POLÍTICA DE AREAS SEGURAS**

**La ESE Hospital Local Ulpiano Tascón Quintero**, proveerá la implantación y velará por la efectividad de los mecanismos de seguridad física y control de acceso que aseguren el perímetro de sus instalaciones en todas sus sedes.

Así mismo, controlará las amenazas físicas externas e internas y las condiciones medioambientales de sus oficinas.

Todas las áreas destinadas al procesamiento o almacenamiento de información sensible, así como aquellas en las que se encuentren los equipos y demás infraestructura de soporte a los sistemas de información y comunicaciones, se consideras áreas de acceso restringido.

**Normas de áreas seguras**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Las solicitudes de acceso al servidor o a los centros de cableado deben ser aprobadas por Subgerencia con la aprobación de Gerencia; ninguna persona externa al manejo del servidor Cliente interno y/o externo puede ingresar sin autorización. Exfuncionarios de la Institución no pueden acceder a la Información Institucional, sin ser requerida oficialmente mediante oficio y avalada por Gerencia.
* Subgerencia y/o su delegado debe descontinuar o modificar de manera inmediata los privilegios de acceso físico al servidor que está bajo su custodia, en los eventos de desvinculación o cambio en las labores de un funcionario autorizado.
* Subgerencia y/o su delegado debe proveer las condiciones físicas y medioambientales necesarias para la protección y correcta operación de los recursos de la plataforma tecnológica ubicados en el sitio de cómputo; deben existir sistemas de control ambiental de temperatura y humedad, sistemas de detección y extinción de incendios, sistemas de descarga eléctrica, sistemas de vigilancia y monitoreo y alarmas en caso de detectarse condiciones ambientales inapropiadas. Estos sistemas se deben monitorear de manera permanente.
* Subgerencia y/o su delegado debe velar porque los recursos de la plataforma tecnológica del hospital ubicados en el centro de cómputo se encuentran protegidos contra fallas o interrupciones eléctricas.
* Subgerencia y/o su delegado debe asegurar que las labores de mantenimiento de redes eléctricas, de voz y de datos, sean realizadas por personal idóneo y apropiadamente autorizado e identificado; así mismo, se debe llevar control de la programación de los mantenimientos preventivos de todos los equipos de sistemas.

**Normas dirigidas a: LIDERES DE AREA**

* Deben velar por tener restringida la información que poseen en sus bases de datos.
* Deben velar porque las contraseñas, llaves y otros mecanismos de seguridad de acceso a sus áreas solo sean utilizados por los funcionarios autorizados y, salvo situaciones de emergencia u otro tipo de eventos que por su naturaleza lo requieran, estos no sean transferidos a otros funcionarios del hospital.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – SUBGERENCIA: RECURSOS FISICOS**

* Debe proporcionar los recursos necesarios para ayudar a proteger, regular y velar por el perfecto estado de los controles físicos implantados en las instalaciones del hospital.
* Debe identificar mejoras a los mecanismos implantados y, de ser necesario, la implementación de nuevos mecanismos, con el fin de proveer la seguridad física de las instalaciones del hospital.
* Debe certificar la efectividad de los mecanismos de seguridad física y control de acceso al servidor y demás áreas de procesamiento de información.
* Debe controlar el ingreso de los visitantes a los archivos y sistema de información del Hospital.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los ingresos y egresos de personal a las instalaciones del hospital deben ser registrados; por consiguiente, los funcionarios y personal provisto por terceras partes deben cumplir completamente con los controles físicos implantados.
* Los funcionarios deben **portar el carnét** que los identifica como tales en un lugar visible mientras se encuentren en las instalaciones del hospital; en caso de pérdida del carné o tarjeta de acceso a las instalaciones, deben reportarlo a la mayor brevedad posible.
* Aquellos funcionarios o personal provisto por terceras partes para los que aplique, en razón del servicio prestado, deben utilizar prendas distintivas que faciliten su identificación.
* Los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes no deben intentar ingresar a áreas a las cuales no tengan autorización.

**POLÍTICA DE SEGURIDAD PARA LOS EQUIPOS INSTITUCIONALES**

**La ESE Hospital Local Ulpiano Tascón Quintero** para evitar la pérdida, robo o exposición al peligro de los recursos de la plataforma tecnológica del hospital que se encuentren dentro o fuera de sus instalaciones, proveerá los recursos que garanticen la mitigación de riesgos sobre dicha plataforma tecnológica.

**Normas de seguridad para los equipos institucionales**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe proveer los mecanismos y estrategias necesarios para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los recursos tecnológicos, dentro y fuera de las instalaciones del hospital.
* Debe realizar mantenimientos preventivos y correctivos de los recursos de la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe aislar los equipos de áreas sensibles, como facturación y estadística para proteger su acceso de los demás funcionarios de la red de la empresa.
* Debe generar y aplicar lineamientos para la disposición segura de los equipos de cómputo de los funcionarios del hospital, ya sea cuando son dados de baja o cambian de usuario.

**Normas dirigidas a: OFICINA DE CONTROL INTERNO**

* La Oficina de Control Interno tiene la responsabilidad de incluir dentro del plan anual de auditorías la verificación aleatoria a los equipos de cómputo de todas las dependencias y puntos de atención de la entidad.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

* Debe evaluar y analizar los informes de verificación de equipos de cómputo de las diferentes áreas del hospital, en particular de las áreas sensibles.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – SUBGERENCIA: RECURSOS FISICOS**

* Debe revisar los accesos físicos en horas no hábiles a las áreas donde se procesa información.
* Debe restringir el acceso físico a los equipos de cómputo de áreas donde se procesa información sensible.
* Debe velar porque la entrada y salida de estaciones de trabajo, servidores, equipos portátiles y demás recursos tecnológicos institucionales de las instalaciones del hospital cuente con la autorización documentada y aprobada previamente por el Líder de Recursos Físicos.
* Debe velar porque los equipos que se encuentran sujetos a traslados físicos fuera del hospital, posean pólizas de seguro.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Gerencia y Subgerencia son las únicas áreas autorizadas para realizar movimientos y asignaciones de recursos tecnológicos; por consiguiente, se encuentra prohibida la disposición que pueda hacer cualquier funcionario de los recursos tecnológicos del hospital.
* Las estaciones de trabajo, dispositivos móviles y demás recursos tecnológicos asignados a los funcionarios y personal provisto por terceras partes deben acoger las instrucciones técnicas de proporcione la Subgerencia.
* Cuando se presente una falla o problema de hardware o software en una estación de trabajo u otro recurso tecnológico propiedad del hospital, el usuario responsable debe informar a subgerencia en donde se atenderá con el fin de realizar una asistencia adecuada. El usuario no debe intentar solucionar el problema.
* La instalación, reparación o retiro de cualquier componente de hardware o software de las estaciones de trabajo, dispositivos móviles y demás recursos tecnológicos del hospital, solo puede ser realizado por los funcionarios asignados por Gerencia, o personal de terceras partes autorizado por dicha dirección.
* Los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes deben bloquear sus estaciones de trabajo en el momento de abandonar su puesto de trabajo.
* Los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes no deben dejar encendidas las estaciones de trabajo u otros recursos tecnológicos en horas no laborables.
* Los equipos de cómputo, bajo ninguna circunstancia, deben ser dejados desatendidos en lugares públicos o a la vista, en el caso de que estén siendo transportados.
* Los equipos de cómputo deben ser transportados con las medidas de seguridad apropiadas, que garanticen su integridad física.
* Los equipos portátiles siempre deben ser llevados como equipaje de mano y se debe tener especial cuidado de no exponerlos a fuertes campos electromagnéticos.
* En caso de pérdida o robo de un equipo de cómputo del hospital, se debe informar de forma inmediata al líder del proceso para que se inicie el trámite interno y se debe poner la denuncia ante la autoridad competente.
* Los funcionarios del hospital y el personal provisto por terceras partes deben asegurar que sus escritorios se encuentran libres de los documentos que son utilizados durante el desarrollo de sus funciones al terminar la jornada laboral y, que estos sean almacenados bajo las protecciones de seguridad necesarias.

**POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES**

**POLÍTICA DE ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES OPERATIVAS**

La Subgerencia, encargada de la operación y administración de los recursos tecnológicos que apoyan los procesos del hospital, asignará funciones específicas a sus funcionarios, quienes deben efectuar la operación y administración de dichos recursos tecnológicos, manteniendo y actualizando la documentación de los procesos operativos para la ejecución de las actividades.

Así mismo, velará por la eficiencia de los controles implantados en los procesos operativos asociados a los recursos tecnológicos con el objeto de proteger la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información manejada y asegurará que los cambios efectuados sobre los recursos tecnológicos, serán adecuadamente controlados y debidamente autorizados.

Gerencia, proveerá la capacidad de procesamiento requerida en los recursos tecnológicos y sistemas de información del Hospital, efectuando proyecciones de crecimiento y provisiones en la plataforma tecnológica con una periodicidad definida.

**Normas de asignación de responsabilidades operativas**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe efectuar, a través de sus funcionarios, la documentación y actualización de los procedimientos relacionados con la operación y administración de la plataforma tecnológica del hospital.
* Debe proporcionar a sus funcionarios manuales de configuración y operación de los sistemas operativos, firmware, servicios de red, bases de datos y sistemas de información que conforman la plataforma tecnológica del hospital.
* Gerencia, a través de sus funcionarios, debe realizar estudios sobre la demanda y proyecciones de crecimiento de los recursos administrados (capacity planning) de manera periódica, con el fin de asegurar el desempeño y capacidad de la plataforma tecnológica.

Estos estudios y proyecciones deben considerar aspectos de consumo de recursos de procesadores, memorias, discos, servicios de impresión, anchos de banda, internet y tráfico de las redes de datos, entre otros.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: OFICINA DE RIESGOS**

* Debe emitir concepto y generar recomendaciones acerca de las soluciones de seguridad seleccionadas para la plataforma tecnológica del hospital.

**POLÍTICA DE PROTECCIÓN FRENTE A SOFTWARE MALICIOSO**

El hospital proporcionará los mecanismos necesarios que garanticen la protección de la información y los recursos de la plataforma tecnológica en donde se procesa y almacena, adoptando los controles necesarios para evitar la divulgación, modificación o daño permanente ocasionados por el contagio de software malicioso.

Además, proporcionará los mecanismos para generar cultura de seguridad entre sus funcionarios y personal provisto por terceras partes frente a los ataques de software malicioso.

**Normas de protección frente a software malicioso**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe proveer herramientas tales como antivirus, antimalware, antispam, antispyware, entre otras, que reduzcan el riesgo de contagio de software malicioso y respalden la seguridad de la información contenida y administrada en la plataforma tecnológica del hospital y los servicios que se ejecutan en la misma.
* Debe asegurar que el software de antivirus, antimalware, antispam y antispyware cuente con las licencias de uso requeridas, certificando así su autenticidad y la posibilidad de actualización periódica de las últimas bases de datos de firmas del proveedor del servicio.
* Debe certificar que la información almacenada en la plataforma tecnológica sea escaneada por el software de antivirus, incluyendo la información que se encuentra contenida y es transmitida por el servicio de correo electrónico.
* Subgerencia y/o su delegado, a través de sus funcionarios, debe asegurarse que los usuarios no puedan realizar cambios en la configuración del software de antivirus, antispyware, antispam, antimalware.
* Subgerencia y/o su delegado, a través de sus funcionarios, debe certificar que el software de antivirus, antispyware, antispam, antimalware, posea las últimas actualizaciones y parches de seguridad, para mitigar las vulnerabilidades de la plataforma tecnológica.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios de recursos tecnológicos no deben cambiar o eliminar la configuración del software de antivirus, antispyware, antimalware, antispam definida por la Subgerencia; por consiguiente, únicamente podrán realizar tareas de escaneo de virus en diferentes medios.
* Los usuarios de recursos tecnológicos deben ejecutar el software de antivirus, antispyware, antispam, antimalware sobre los archivos y/o documentos que son abiertos o ejecutados por primera vez, especialmente los que se encuentran en medios de almacenamiento externos o que provienen del correo electrónico.
* Los usuarios deben asegurarse que los archivos adjuntos de los correos electrónicos descargados de internet o copiados de cualquier medio de almacenamiento, provienen de fuentes conocidas y seguras para evitar el contagio de virus informáticos y/o instalación de software malicioso en los recursos tecnológicos.
* Los usuarios que sospechen o detecten alguna infección por software malicioso deben notificar Subgerencia para que tome las medidas de control correspondientes.

**POLÍTICA DE COPIAS DE RESPALDO DE LA INFORMACIÓN**

El hospital certificará la generación de copias de respaldo y almacenamiento de su información crítica, proporcionando los recursos necesarios y estableciendo los procedimientos y mecanismos para la realización de estas actividades.

Las áreas propietarias de la información, con el apoyo de Subgerencia, encargada de la generación de copias de respaldo, definirán la estrategia a seguir y los periodos de retención para el respaldo y almacenamiento de la información.

Así mismo, el hospital velará porque los medios magnéticos que contienen la información crítica sean almacenados en una ubicación diferente a las instalaciones donde se encuentra dispuesta.

El sitio externo donde se resguarden las copias de respaldo debe contar con los controles de seguridad física y medioambiental apropiados.

 **Normas de copias de respaldo de la información**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Subgerencia y/o su delegado, a través de sus funcionarios, debe generar y adoptar los procedimientos para la generación, restauración, almacenamiento y tratamiento para las copias de respaldo de la información, velando por su integridad y disponibilidad.
* Debe disponer de los recursos necesarios para permitir la identificación de los medios de almacenamiento, la información contenida en ellos y la ubicación física de los mismos para permitir un rápido y eficiente acceso a los medios que contienen la información resguardada.
* Subgerencia y/o su delegado, a través de sus funcionarios, debe llevar a cabo los procedimientos para realizar pruebas de recuperación a las copias de respaldo, para así comprobar su integridad y posibilidad de uso en caso de ser necesario.
* Debe definir las condiciones de transporte o transmisión y custodia de las copias de respaldo de la información que son almacenadas externamente.
* Debe proporcionar apoyo para la definición de las estrategias de generación, retención y rotación de las copias de respaldo de la los activos información del hospital.

**Normas dirigidas a: PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACIÓN**

* Los propietarios de los recursos tecnológicos y sistemas de información deben definir, en conjunto con Subgerencia, las estrategias para la generación, retención y rotación de las copias de respaldo de los activos de información.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Es responsabilidad de los usuarios de la plataforma tecnológica del hospital, identificar la información crítica que debe ser respaldada y almacenarla de acuerdo con su nivel de clasificación.

**POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El hospital realizará monitoreo permanente del uso que dan los funcionarios y el personal provisto por terceras partes a los recursos de la plataforma tecnológica y los sistemas de información del hospital. Además, velará por la custodia de los registros de auditoria cumpliendo con los periodos de retención establecidos para dichos registros.

Subgerencia definirá la realización de monitoreo de los registros de auditoria sobre los aplicativos donde se operan los procesos misionales del hospital. El Comité de Información y seguridad de la información hará revisión de los eventos mensualmente, se reunirá a analizará los resultados del monitoreo efectuado.

**Normas de registro de eventos y monitoreo de los recursos tecnológicos y los sistemas de información**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA Y RIESGOS**

* Debe determinar los eventos que generarán registros de auditoría en los recursos tecnológicos y los sistemas de información del hospital.
* A través del El Comité de Información y seguridad de la información, deben definir de manera mensual cuáles monitoreos se realizarán de los registros de auditoria sobre los aplicativos donde se operan los procesos misionales del hospital. Así mismo, se deben reunir para analizar los resultados de cada monitoreo efectuado.
* A través de sus funcionarios, debe habilitar los registros de auditoría y sistemas de monitoreo de la plataforma tecnológica administrada, acorde con los eventos a auditar establecidos.
* Debe certificar la integridad y disponibilidad de los registros de auditoria generados en la plataforma tecnológica y los sistemas de información del hospital. Estos registros deben ser almacenados y solo deben ser accedidos por personal autorizado.

**Normas dirigidas a: OFICINA DE CONTROL INTERNO**

* La Oficina de Control Interno debe determinar los periodos de retención de los registros de auditoria de los recursos tecnológicos y los sistemas de información del instituto.
* La Oficina de Control Interno debe revisar periódicamente los registros de auditoria de la plataforma tecnológica y los sistemas de información con el fin de identificar brechas de seguridad y otras actividades propias del monitoreo.

**POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO**

El hospital, a través de la Subgerencia y/o su delegado, designará responsables y establecerá procedimientos para controlar la instalación de software operativo, se cerciorará de contar con el soporte de los proveedores de dicho software y asegurará la funcionalidad de los sistemas de información que operan sobre la plataforma tecnológica cuando el software operativo es actualizado.

**Normas de control al software operativo**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe establecer responsabilidades y procedimientos para controlar la instalación del software operativo, que interactúen con el procedimiento de control de cambios existente en el hospital.
* Debe asegurarse que el software operativo instalado en la plataforma tecnológica del hospital cuenta con soporte de los proveedores.
* Debe conceder accesos temporales y controlados a los proveedores para realizar las actualizaciones sobre el software operativo, así como monitorear dichas actualizaciones.
* Debe validar los riesgos que genera la migración hacia nuevas versiones del software operativo. Se debe asegurar el correcto funcionamiento de sistemas de información y herramientas de software que se ejecutan sobre la plataforma tecnológica cuando el software operativo es actualizado.
* Debe establecer las restricciones y limitaciones para la instalación de software operativo en los equipos de cómputo del hospital.

**POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES**

**POLÍTICA DE GESTION Y ASEGURAMIENTO DE LAS REDES DE DATOS**

El hospital establecerá, a través de Subgerencia y/o su delegado, los mecanismos de control necesarios para proveer la disponibilidad de las redes de datos y de los servicios que dependen de ellas; así mismo, velará por que se cuente con los mecanismos de seguridad que protejan la integridad y la confidencialidad de la información que se transporta a través de dichas redes de datos.

De igual manera, propenderá por el aseguramiento de las redes de datos, el control del tráfico en dichas redes y la protección de la información reservada y restringida del hospital.

**Normas de gestión y aseguramiento de las redes de datos**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA Y/O SU DELEGADO: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe adoptar medidas para asegurar la disponibilidad de los recursos y servicios de red del HOSPITAL.
* Debe implantar controles para minimizar los riesgos de seguridad de la información transportada por medio de las redes de datos.
* Debe mantener las redes de datos segmentadas por dominios, grupos de servicios, grupos de usuarios, ubicación geográfica o cualquier otra tipificación que se considere conveniente para el hospital.
* Debe identificar los mecanismos de seguridad y los niveles de servicio de red requeridos e incluirlos en los acuerdos de servicios de red, cuando estos se contraten externamente.
* Debe establecer los estándares técnicos de configuración de los dispositivos de seguridad y de red de la plataforma tecnológica del hospital, acogiendo buenas prácticas de configuración segura.
* A través de sus funcionarios, debe identificar, justificar y documentar los servicios, protocolos y puertos permitidos por el hospital en sus redes de datos e inhabilitar o eliminar el resto de los servicios, protocolos y puertos.
* Debe instalar protección entre las redes internas del hospital y cualquier red externa, que este fuera de la capacidad de control y administración del hospital.
* Debe velar por la confidencialidad de la información del direccionamiento y el enrutamiento de las redes de datos del hospital.

**POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRONICO**

El hospital, entendiendo la importancia del correo electrónico como herramienta para facilitar la comunicación entre funcionarios y terceras partes, proporcionará un servicio idóneo y seguro para la ejecución de las actividades que requieran el uso del correo electrónico, respetando siempre los principios de confidencialidad, integridad, disponibilidad y autenticidad de quienes realizan las comunicaciones a través de este medio.

**Normas de uso del correo electrónico**

Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA Y RIESGOS

* Debe generar y divulgar un procedimiento para la administración de cuentas de correo electrónico.
* Debe diseñar y divulgar las directrices técnicas para el uso de los servicios de correo electrónico.
* Debe proveer un ambiente seguro y controlado para el funcionamiento de la plataforma de correo electrónico.
* Debe establecer procedimientos e implantar controles que permitan detectar y proteger la plataforma de correo electrónico contra código malicioso que pudiera ser transmitido a través de los mensajes.
* Debe generar campañas para concientizar tanto a los funcionarios internos, como al personal provisto por terceras partes, respecto a las precauciones que deben adoptar en el intercambio de información sensible por medio del correo electrónico.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* La cuenta de correo electrónico asignada es de carácter individual; por consiguiente, ningún funcionario del hospital o provisto por un tercero, bajo ninguna circunstancia debe utilizar una cuenta de correo que no sea la suya.
* Los mensajes y la información contenida en los correos electrónicos deben ser relacionados con el desarrollo de las labores y funciones de cada usuario en apoyo al objetivo misional del hospital. El correo institucional no debe ser utilizado para actividades personales.
* Los mensajes y la información contenida en los buzones de correo son propiedad del hospital y cada usuario, como responsable de su buzón, debe mantener solamente los mensajes relacionados con el desarrollo de sus funciones.
* Los usuarios de correo electrónico institucional tienen prohibido el envío de cadenas de mensajes de cualquier tipo, ya sea comercial, político, religioso, material audiovisual, contenido discriminatorio, pornografía y demás condiciones que degraden la condición humana y resulten ofensivas para los funcionarios del instituto y el personal provisto por terceras partes.
* No es permitido el envío de archivos que contengan extensiones ejecutables, bajo ninguna circunstancia.
* Todos los mensajes enviados deben respetar el estándar de formato e imagen corporativa definidos por el hospital y deben conservar en todos los casos el mensaje legal corporativo de confidencialidad.

**POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET**

El hospital consciente de la importancia de Internet como una herramienta para el desempeño de labores, proporcionará los recursos necesarios para asegurar su disponibilidad a los usuarios que así lo requieran para el desarrollo de sus actividades diarias en el hospital.

**Normas de uso adecuado de internet**

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCION DE TECNOLOGIA**

* Debe proporcionar los recursos necesarios para la implementación, administración y mantenimiento requeridos para la prestación segura del servicio de Internet, bajo las restricciones de los perfiles de acceso establecidos.
* Debe diseñar e implementar mecanismos que permitan la continuidad o restablecimiento del servicio de Internet en caso de contingencia interna.
* Debe monitorear continuamente el canal o canales del servicio de Internet.
* Debe establecer procedimientos e implementar controles para evitar la descarga de software no autorizado, evitar código malicioso proveniente de Internet y evitar el acceso a sitios catalogados como restringidos.
* Debe generar registros de la navegación y los accesos de los usuarios a Internet, así como establecer e implantar procedimientos de monitoreo sobre la utilización del servicio de Internet.
* Debe generar campañas para concientizar tanto a los funcionarios internos, como al personal provisto por terceras partes, respecto a las precauciones que deben tener en cuenta cuando utilicen el servicio de Internet.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios del servicio de Internet del hospital deben hacer uso del mismo en relación con las actividades laborales que así lo requieran.
* Los usuarios del servicio de Internet deben evitar la descarga de software desde internet, así como su instalación en las estaciones de trabajo o dispositivos móviles asignados para el desempeño de sus labores.
* No está permitido el acceso a páginas relacionadas con pornografía, drogas, alcohol, webproxys, hacking y/o cualquier otra página que vaya en contra de la ética moral, las leyes vigentes o políticas establecidas en este documento.
* Los usuarios del servicio de internet tienen prohibido el acceso y el uso de servicios interactivos o mensajería instantánea como Facebook, Kazaa, MSN, Yahoo, Sype, Net2phome y otros similares, que tengan como objetivo crear comunidades para intercambiar información, o bien para fines diferentes a las actividades propias del negocio del hospital.
* No está permitido la descarga, uso, intercambio y/o instalación de juegos, música, películas, protectores y fondos de pantalla, software de libre distribución, información y/o productos que de alguna forma atenten contra la propiedad intelectual de sus autores, o que contengan archivos ejecutables y/o herramientas que atenten contra la integridad, disponibilidad y/o confidencialidad de la infraestructura tecnológica (hacking), entre otros.

La descarga, uso, intercambio y/o instalación de información audiovisual (videos e imágenes) utilizando sitios públicos en Internet debe ser autorizada por el jefe respectivo y Subgerencia, o a quienes ellos deleguen de forma explícita para esta función, asociando los procedimientos y controles necesarios para el monitoreo y aseguramiento del buen uso del recurso.

* No está permitido el intercambio no autorizado de información de propiedad del hospital, de sus clientes y/o de sus funcionarios, con terceros.

**POLÍTICA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

El hospital asegurará la protección de la información en el momento de ser transferida o intercambiada con otras entidades y establecerá los procedimientos y controles necesarios para el intercambio de información; así mismo, se establecerán Acuerdos de Confidencialidad y/o de Intercambio de Información con las terceras partes con quienes se realice dicho intercambio.

El hospital propenderá por el uso de tecnologías informáticas y de telecomunicaciones para llevar a cabo el intercambio de información; sin embargo, establecerá directrices para el intercambio de información en medio físico.

**Normas de intercambio de información**

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL – GRUPO DE CONTRATACION**

* El Grupo de Contratación, en acompañamiento con Subgerencia, debe definir los modelos de Acuerdos de Confidencialidad y/o de Intercambio de Información entre el hospital y terceras partes incluyendo los compromisos adquiridos y las penalidades civiles o penales por el incumplimiento de dichos acuerdos.

Entre los aspectos a considerar se debe incluir la prohibición de divulgar la información entregada por el hospital a los terceros con quienes se establecen estos acuerdos y la destrucción de dicha información una vez cumpla su cometido.

* El Grupo de Contratación debe establecer en los contratos que se establezcan con terceras partes, los Acuerdos de Confidencialidad o Acuerdos de intercambio dejando explícitas las responsabilidades y obligaciones legales asignadas a dichos terceros por la divulgación no autorizada de información de beneficiarios del instituto que les ha sido entregada en razón del cumplimiento de los objetivos misionales del hospital.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: OFICINA DE RIESGOS**

Subgerencia debe definir y establecer el procedimiento de intercambio de información con los diferentes terceros que, hacen parte de la operación del hospital, reciben o envían información de los beneficiarios del hospital, que contemple la utilización de medios de transmisión confiables y la adopción de controles, con el fin de proteger la confidencialidad e integridad de la misma.

* Debe velar porque el intercambio de información del hospital con entidades externas se realice en cumplimiento de las Políticas de seguridad para el intercambio de información aquí descritas, los Acuerdos de Intercambio de Información y el procedimiento definido para dicho intercambio de información.
* Debe autorizar el establecimiento del vínculo de transmisión de información con terceras partes, para que posteriormente las áreas funcionales realicen las actividades de transmisión requeridas en cada caso.

**Normas dirigidas a: PROPIETARIOS DE LOS ACTIVOS DE INFORMACION**

* Los propietarios de los activos de información deben velar porque la información del hospital o de sus beneficiarios sea protegida de divulgación no autorizada por parte de los terceros a quienes se entrega esta información, verificando el cumplimiento de las clausulas relacionadas en los contratos, Acuerdos de confidencialidad o Acuerdos de intercambio establecidos.
* Los propietarios de los activos de información deben asegurar que los datos requeridos de los beneficiarios sólo puedan ser entregada a terceros, previo consentimiento de los titulares de los mismos, salvo en los casos que lo disponga una ley o sea una solicitud de los entes de control.
* Los propietarios de los activos de información, o a quien ellos deleguen, deben verificar que el intercambio de información con terceros deje registro del tipo de información intercambiada, el emisor y receptor de la misma y la fecha de entrega/recepción.
* Los propietarios de los activos de información deben autorizar los requerimientos de solicitud/envío de información del HOSPITAL por/a terceras partes, salvo que se trate de solicitudes de entes de control o de cumplimiento de la legislación vigente.
* Los propietarios de los activos de información deben asegurarse que el Intercambio de información (digital) solamente se realice si se encuentra autorizada y dando cumplimiento a las Políticas de administración de redes, de acceso lógico y de protección de datos personales del HOSPITAL así como del procedimiento de intercambio de información.
* Los propietarios de los activos de información deben verificar la destrucción de la información suministrada a los terceros, realizada por ellos una vez esta ha cumplido el cometido por el cual fue enviada.

**Normas dirigidas a: SECRETARIA GENERAL: COORDINACION DE CORRESPONDENCIA**

* La Coordinación de Correspondencia debe acoger el procedimiento para el intercambio, de información (medios de almacenamiento y documentos) con terceras partes y la adopción de controles a fin de proteger la información sensible contra divulgación, pérdida o modificaciones.
* La Coordinación de Correspondencia debe certificar que todo envió de información física a terceros (documento o medio magnético) utilice únicamente los servicios de transporte o servicios de mensajería autorizados por el HOSPITAL, y que estos permitan ejecutar rastreo de las entregas.
* La Coordinación de Correspondencia, DEBE ASEGURAR QUE LA CORRESPONDENCIA DEL Hospital en medio físico o magnético pase por la codificación manejada para tal fin y se realice en papelería del hospital (Logo y Eslogan).

**POLÍTICAS DE ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

**POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD**

El hospital asegurará que el software adquirido y desarrollado tanto al interior del hospital, como por terceras partes, cumplirá con los requisitos de seguridad y calidad establecidos por él.

**Normas para el establecimiento de requisitos de seguridad**

Normas dirigidas a: **SUBGERENCIA:** **DIRECCION DE TECNOLOGIA Y RIESGOS**

.

* Debe establecer metodologías para el desarrollo de software, que incluyan la definición de requerimientos de seguridad y las buenas prácticas de desarrollo seguro, con el fin de proporcionar a los desarrolladores una visión clara de lo que se espera.
* Las áreas propietarias de los sistemas de información deben definir qué información sensible puede ser eliminada de sus sistemas y solicitar que estos soporten la eliminación de dicha información, como es el caso de los datos personales o financieros, cuando estos ya no son requeridos.

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento de la de Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales, el HOSPITAL a través de la Oficina de Riesgos, propenderá por la protección de los datos personales de sus beneficiarios, proveedores y demás terceros de los cuales reciba y administre información.

Se establecerán los términos, condiciones y finalidades para las cuales el HOSPITAL, como responsable de los datos personales obtenidos a través de sus distintos canales de atención, tratará la información de todas las personas que en algún momento, por razones de la actividad que desarrolla el instituto, hayan suministrado datos personales. En caso de delegar a un tercero el tratamiento de datos personales, el HOSPITAL exigirá al tercero la implementación de los lineamientos y procedimientos necesarios para la protección de los datos personales.

Así mismo, buscará proteger la privacidad de la información personal de sus funcionarios, estableciendo los controles necesarios para preservar aquella información que el instituto conozca y almacene de ellos, velando porque dicha información sea utilizada únicamente para funciones propias del instituto y no sea publicada, revelada o entregada a funcionarios o terceras partes sin autorización.

**Normas de privacidad y protección de datos personales**

**Normas dirigidas a: AREAS QUE PROCESAN DATOS PERSONALES**

* Las áreas que procesan datos personales de beneficiarios, funcionarios, proveedores u otras terceras partes deben obtener la autorización para el tratamiento de estos datos con el fin de recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir dichos datos personales en el desarrollo de las actividades del hospital.
* Las áreas que procesan datos personales de beneficiarios, funcionarios, proveedores u otras terceras partes deben asegurar que solo aquellas personas que tengan una necesidad laboral legítima puedan tener acceso a dichos datos.
* Las áreas que procesan datos personales de beneficiarios, funcionarios, proveedores u otras terceras partes deben establecer condiciones contractuales y de seguridad a las entidades vinculadas o aliadas delegadas para el tratamiento de dichos datos personales.
* Las áreas que procesan datos personales de beneficiarios, funcionarios, proveedores u otras terceras partes deben acoger las directrices técnicas y procedimientos establecidos para el intercambio de estos datos con los terceros delegados para el tratamiento de dichos datos personales.
* Las áreas que procesan datos personales de beneficiarios, proveedores u otras terceras partes deben acoger las directrices técnicas y procedimientos establecidos para enviar a los beneficiarios, proveedores u otros terceros mensajes, a través de correo electrónico y/o mensajes de texto.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: RIESGOS**

Debe establecer los controles para el tratamiento y protección de los datos personales de los beneficiarios, funcionarios, proveedores y demás terceros del hospital de los cuales reciba y administre información.

**Normas dirigidas a: SUBGERENCIA: DIRECCIÓN DE TECNOLOGIA**

* Debe implantar los controles necesarios para proteger la información personal de los beneficiarios, funcionarios, proveedores u otras terceras partes almacenada en bases de datos o cualquier otro repositorio y evitar su divulgación, alteración o eliminación sin la autorización requerida.

**Normas dirigidas a: TODOS LOS USUARIOS**

* Los usuarios deben guardar la discreción correspondiente, o la reserva absoluta con respecto a la información del instituto o de sus funcionarios de cual tengan conocimiento en el ejercicio de sus funciones.
* Es deber de los usuarios, verificar la identidad de todas aquellas personas, a quienes se les entrega información por teléfono, por fax, por correo electrónico o por correo certificado, entre otros.

|  |
| --- |
| **GESTIÓN DOCUMENTAL** |
| **Diseñó:**  | COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO  | **Cargo:** | CUERPO COLEGIADO |
| **Revisó:**  | JULIANA OSORIO VIVEROS | **Cargo:** | Subgerente |
| **Aprobó:** | Jorge Mario Salazar M. | **Cargo:** | Gerente |
| **Fecha de aprobación Versión 1:** | **13/08/2018** |
| **Control de cambios actualizaciones:** |
| **Versión 2** | **Fecha: 15/04/2019** | **Versión 3:** | **Fecha: 12/03/2020** |
| **Versión 4** | **Fecha: 19/01/2021** | **Versión 5:** |  |