



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION
GRUPO TIC



2020

PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Oficina de Sistemas de Información
Grupo TIC - IDSN

30-12-2020

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

FIRMAS Y REVISIONES

TITULO	PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL IDSN
AUTOR	Oficia de Sistema de Información - Grupo TIC - IDSN
TEMA	Seguridad y Privacitada de la Información
FECHA DE ELABORACIÓN	Diciembre de 2020
FORMATO	PDF
VERSIÓN	1.1
PALABRAS RELACIONADAS	Riesgos, Plan de Tatamiento de Riesgos, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI, Modleo de Privacidad y Seguridad de la Información - MSPI, Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación - PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, Políticas, Confidencialidad, Integridad, Disponibilidad y Privacidad.

NOMBRE	VERSIÓN	AUTOR	FECHA
PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL IDSN	1.1	Oficia de Sistema de Información - Grupo TIC - IDSN	DIC DE 2020

CONTROL DE CAMBIOS

COMITÉ	ACTA DE APROBACIÓN	FECHA
Comité de Sistemas de Información	Acta No. XX	DIC DE 2020

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

INTRODUCCIÓN

Mediante el Decreto 401 de Julio 15 de 1993 de la Gobernación de Nariño, organiza el Sistema de Salud del Departamento de Nariño y se crea el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, un establecimiento público descentralizado del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con una Junta Directiva, un Director nombrado por el Gobernador del Departamento y una planta de personal; sujeto a lo regulado en la Ley 10 de 1990 y a las demás disposiciones que le son aplicables como establecimiento público.

El IDSN reconoce su importancia para el Gobierno Nacional y ha identificado la información como uno de los activos más importantes y críticos para el desarrollo de sus funciones. En la gestión de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, continuamente se está procesando, gestionando, almacenando, custodiando, transfiriendo e intercambiando información valiosa que puede ir desde un dato personal hasta secretos empresariales que no deben ser divulgados a personal no autorizado, suceso que puede poner en riesgo la administración y gestión pública.

En atención a lo anterior, la entidad asumió el reto de implementar el SGSI, siguiendo los lineamientos de la Subdirección de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPI de la Estrategia de Gobierno en Línea, a su vez reglamentado a través del Decreto 1078 de 2015 para el sector de tecnologías de la información y comunicaciones y el Decreto 2573 de 2014 por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea.

La defensa y protección de los activos de información es una tarea esencial para asegurar la continuidad y el desarrollo de los objetivos institucionales, así como para mantener el cumplimiento normativo y regulatorio aplicable a la entidad, además traslada confianza a las partes interesadas.

Cuanto mayor es el valor de la información, mayores son los riesgos asociados a su pérdida, deterioro, manipulación indebida o malintencionada. Por lo anterior, el SGSI del IDSN adopta una metodología para la identificación y valoración de los activos de información, y una metodología para la evaluación y tratamiento de los riesgos; siendo éste el medio más

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

eficaz de tratar, gestionar y minimizar los riesgos, considerando el impacto que éstos representan para la entidad y sus partes interesadas.

Así mismo, el SGSI del IDSN define políticas y procedimientos eficaces y coherentes con la estrategia de la entidad, como desarrollo de los controles adoptados para el tratamiento de los riesgos, los cuales están en continuo seguimiento y medición, a través del establecimiento de indicadores que aseguran la eficacia de los controles; apoyado en los programas de auditoria y la revisión por la dirección, que concluyen en la identificación de oportunidades de mejora las cuales son gestionadas para mantener la mejora continua del SGSI.

Lo anterior se complementa con los programas de formación y transferencia de conocimiento en seguridad de la información y las campañas de sensibilización que se lideran al interior de la entidad.

Así pues, la entidad expone a través de este manual el modelo del SGSI adoptado por la entidad de acuerdo al ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), con el propósito de cumplir con el marco normativo, la misión fijada y la visión trazada. Dicho manual describe las disposiciones acogidas por la entidad para establecer el contexto, las políticas, los objetivos, el alcance, los procedimientos, las metodologías, los roles, las responsabilidades y las autoridades del SGSI; de acuerdo con los requisitos legales, los contractuales y los normativos, que le aplican a la entidad, en el marco de seguridad de la información.

Para tal fin, la entidad ha adoptado los lineamientos normativos de: la NTC/ISO 27001:2013, la cual establece los requisitos para la implementación del SGSI, la NTC/ISO 31000:2011 que proporciona el esquema para la gestión de riesgos y las mejores prácticas, tales como ISO 27002:2015, ISO 27005:2009, entre otras; buscando mejorar el desempeño y la capacidad para prestar un servicio que responda a las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

1. OBJETIVO

	<p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC</p>	
---	---	---

Presentar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el cual es el documento que dirige la implementación de controles de seguridad según el modelo del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, en adelante SGSI, adoptado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, en adelante IDSN; este documento expone las prioridades de implementación de los controles en relación a seguridad de la información enmarcado en el ciclo de mejoramiento continuo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comunicar e implementar la estrategia de seguridad de la información.

Incrementar el nivel de madurez en la gestión de la seguridad de la información.

Implementar y apropiar el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información – MSPI, con el objetivo de proteger la información y los sistemas de información, de acceso, uso, divulgación, interrupción o destrucción no autorizada.

Hacer uso eficiente y seguro de los recursos de TI (Humano, Físico, Financiero, Tecnológico, etc.), para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios.

Asegurar los recursos de TI (Humano, Físico, Financiero, Tecnológico, etc.), para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios.

3. ALCANCE

El Plan de Seguridad y Privacidad de la Información considera los controles de la norma NTC/ISO27001:2013, el análisis de riesgos realizado, los procesos del IDSN, y los lineamientos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPI de la Estrategia de Gobierno en Línea – GEL con el fin de determinar la estrategia de implementación de los controles de seguridad requeridos para el IDSN.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

4. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCION
Decreto 1078 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
NTC / ISO 27001:2013	Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de gestión de la seguridad de la información (SGSI). Requisitos.
NTC/ISO 27002:2013	Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Código de Práctica para controles de seguridad de la información.

5. CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD

5.1 MISIÓN

El Instituto Departamental de Salud de Nariño es la autoridad sanitaria que direcciona el mejoramiento de la calidad, seguridad y acceso en la atención en salud, desarrollando acciones de inspección, vigilancia y control, asistencia técnica y articulación intersectorial, basados en la promoción de la salud, la gestión del riesgo y de la salud pública con participación y concertación social, que impacten favorablemente en las condiciones de vida, sanitarias y ambientales de los habitantes de Nariño.

5.2 VISIÓN

El Instituto Departamental de Salud de Nariño será en el 2021 una organización Acreditada, dinámica e innovadora a nivel nacional, que promueva la articulación transectorial para la gestión de la salud pública, con un talento humano que transforme el conocimiento en intervenciones positivas al servicio de la población que mejore la salud y calidad de vida de los nariñenses y promueva la disminución de brechas e inequidades subregionales.

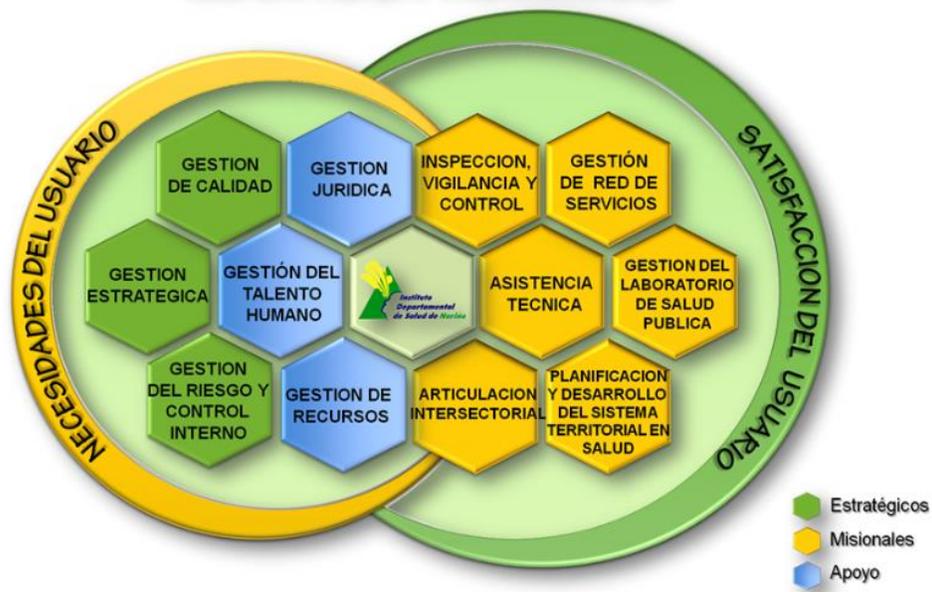


5.3 ESTRUCTURA ORGÁNICA

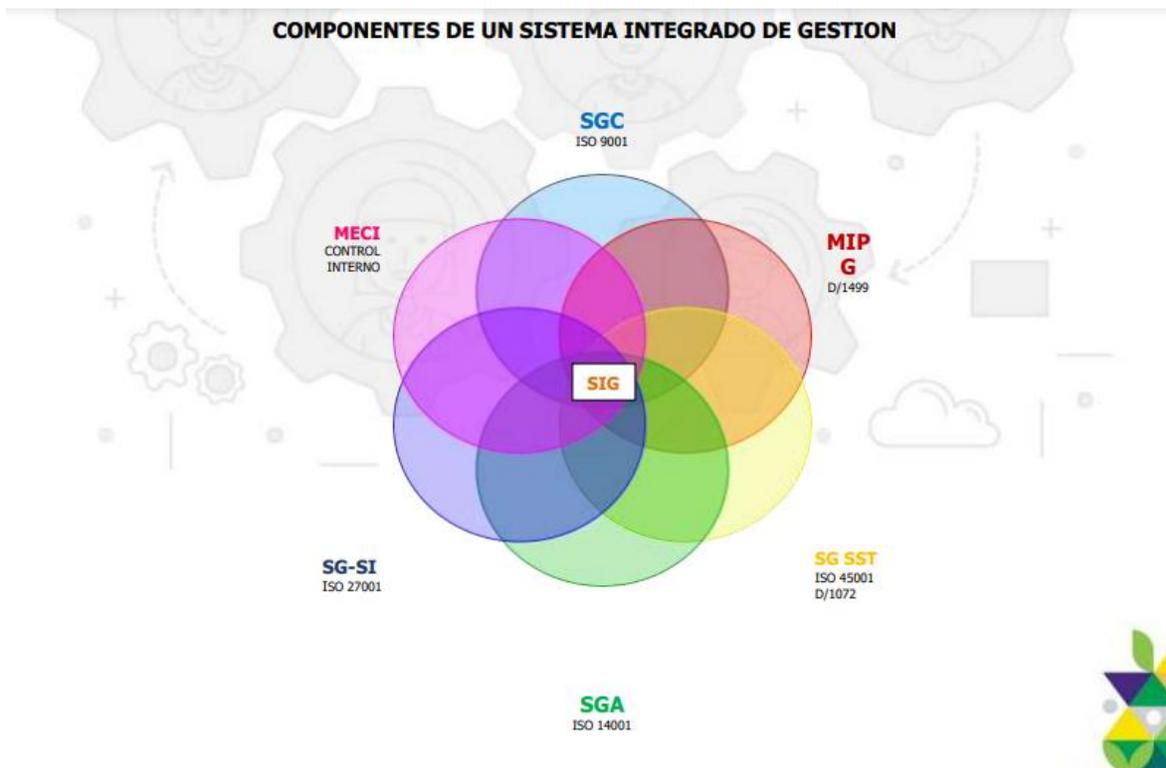


5.4 Mapa de proceso

MAPA DE PROCESOS



5.5 COMPONENTES DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTION.



	<p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC</p>	
---	--	---

Tomado del Libro: AQUÍ TU CUENTAS CON CALIDAD 2020.

El anterior diagrama muestra como se integran lo diferentes sistemas y planes que existen en el Gobierno Nacional dentro de los cuales se encuentran también los planes de tecnología.

6. MODELO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN SGSI

6.1 ANTECEDENTES

En la actualidad y de acuerdo con la expedición del Decreto 2573 de 2014 contenida en el Decreto Único Reglamentario 1078 de 2015 del sector de Tecnologías de la información y las Comunicaciones; el IDSN trabaja permanentemente en pos de implementar el SGSI siguiendo los lineamientos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPi de la Estrategia de Gobierno en Línea – GEL con el fin de preservar la integridad, confidencialidad, disponibilidad y privacidad de la información mediante la adecuada gestión del riesgo, la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de mejores prácticas relacionadas con seguridad de la información.

En efecto, el modelo del SGSI del IDSN se encuentra basado en el ciclo de mejoramiento continuo PHVA (Planear, hacer, actuar y verificar), el cual asegura que el SGSI esté expuesto a revisiones continuas cuando existe un cambio importante en la infraestructura o se requiera mejorar su efectividad dependiendo de las mediciones de parámetros claves de su operación. Se cuenta, entonces, con un ciclo que permite establecer, implementar, operar, supervisar, revisar, mantener y mejorar el SGSI.

A continuación, se listan los componentes de cada una de estas fases del ciclo:

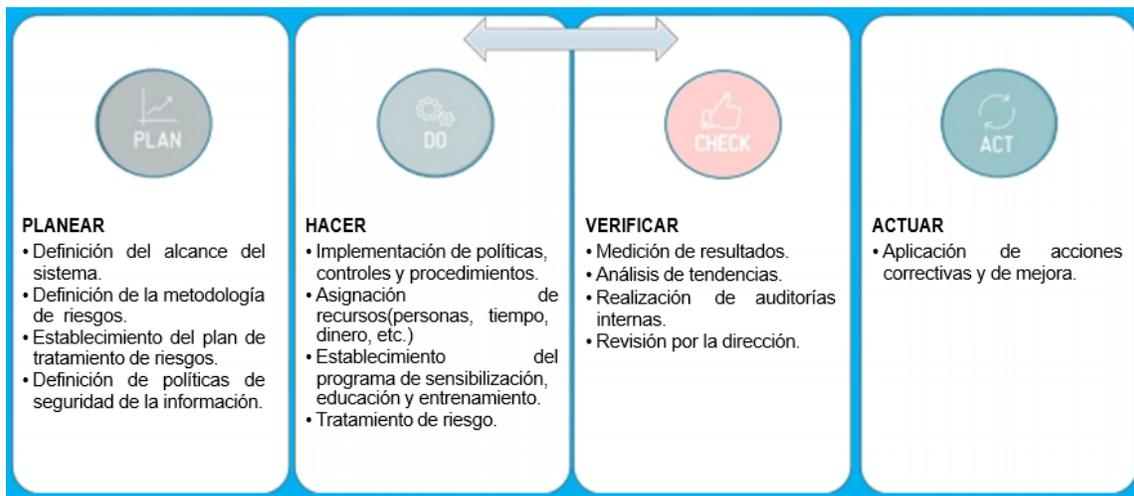


Ilustración 2. Fases del Ciclo PHVA

6.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

En el ámbito de la Seguridad de la información, los componentes del sistema se ubican en diferentes niveles de acuerdo a su importancia, a continuación se ilustran dichos componentes:



Ilustración 3. Componentes del Modelo de la seguridad de la información

6.3 ALCANCE DEL SGSI

Teniendo en cuenta el análisis del contexto externo, interno y las partes interesadas, el IDSN define el alcance de SGSI, en términos de las características de la entidad, su ubicación, sus activos y su tecnología, así:

Alcance: “El Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN adopta, establece, implementa, opera, verifica y mejora el SGSI para los procesos misionales (4) y los procesos de apoyo (8) que componen el mapa de procesos de la entidad”.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

El IDSN acorde con su naturaleza jurídica, misión y visión, encontró aplicables todos los requisitos de la NTC/ISO 27001:2013 y todos los controles del Anexo A, sin excepción alguna.

7. MARCO CONCEPTUAL

Para el IDSN, son muy importantes los resultados obtenidos en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información con el fin de apoyar la implementación del SGSI. El plan se apoya en el Plan de Gestión Estratégica del IDSN el cual a su vez se fundamenta en la metodología de autoevaluación de los diagnósticos realizados al interior de la Entidad.

La autoevaluación es una herramienta útil en la Planeación Estratégica. Esta metodología tiene en cuenta las siguientes fases: el análisis y revisión de la Misión, objetivos y estrategias, análisis de la propuesta de valor, recursos financieros, clientes, procesos, crecimiento y aprendizaje; reporte, revisión y comunicación de resultados, cambio y mejoramiento de las estrategias laborales de cada miembro de la entidad, actualización y adaptación permanente frente a cambios internos y externos del entorno. Asimismo, los objetivos y metas son evaluables y medibles, generando sus propios indicadores, que deberán ser utilizados como herramienta para el seguimiento, control, evaluación y gestión del IDSN.

8. METODOLOGÍA UTILIZADA

La metodología utilizada para el desarrollo del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información se muestra y se explica a continuación:

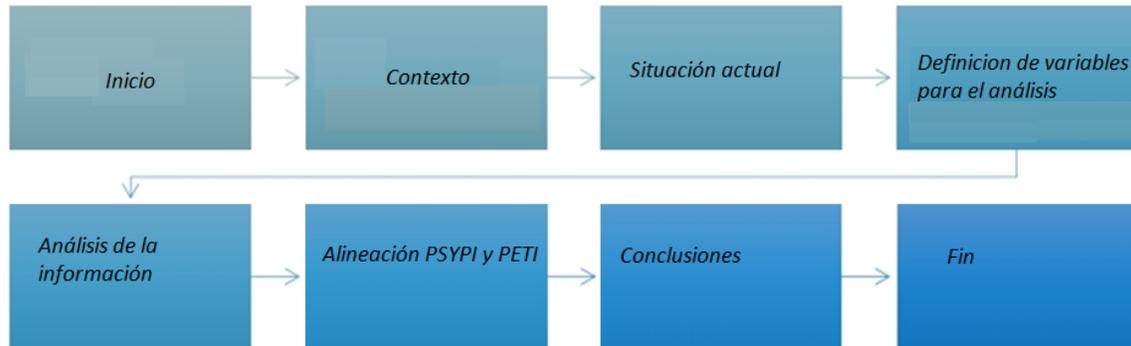


Ilustración 5. Metodología Utilizada

8.1 CONTEXTO

En esta fase inicial del desarrollo del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, se busca entender las características principales de la entidad con el fin de que los objetivos de este Plan estén alineados con los objetivos estratégicos de la entidad. Entre los aspectos que se deben considerar para lograr este entendimiento están:

1. La misión
2. La visión
3. Historia y antecedentes
4. Estructura organizacional
5. Procesos
6. Cultura y valores
7. Legislación pertinente

8.2 SITUACIÓN ACTUAL

Por situación actual se entiende el nivel de madurez que posee en este momento el IDSN con relación a la seguridad de la información. El proceso por el cual se lleva a cabo esta estimación del nivel de madurez se denomina análisis GAP o análisis de brecha. Para poder realizar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información es indispensable que se tenga en cuenta los niveles de madurez alcanzados por cada uno de los dominios (ver figura a continuación) con el fin de plantear prioridades sobre su implementación.

Dominio ISO 27001	Objetivo de control
Política de seguridad	Objetivo de control A5
Organización de la seguridad de la información	Objetivo de control A6
Seguridad de los RRHH	Objetivo de control A7
Gestión de activos	Objetivo de control A8
Control de accesos	Objetivo de control A9
Criptografía	Objetivo de control A10
Seguridad física y ambiental	Objetivo de control A11
Seguridad en las operaciones	Objetivo de control A12
Seguridad en las comunicaciones	Objetivo de control A13
Adquisición de sistemas, desarrollo y mantenimiento	Objetivo de control A14
Relación con proveedores	Objetivo de control A15
Gestión de los incidentes de seguridad	Objetivo de control A16
Continuidad del negocio	Objetivo de control A17
Cumplimiento con requerimientos legales y contractuales	Objetivo de control A18

Tabla 1. Dominios ISO 27001.

La metodología utilizada para realizar el GAP se presenta a continuación:

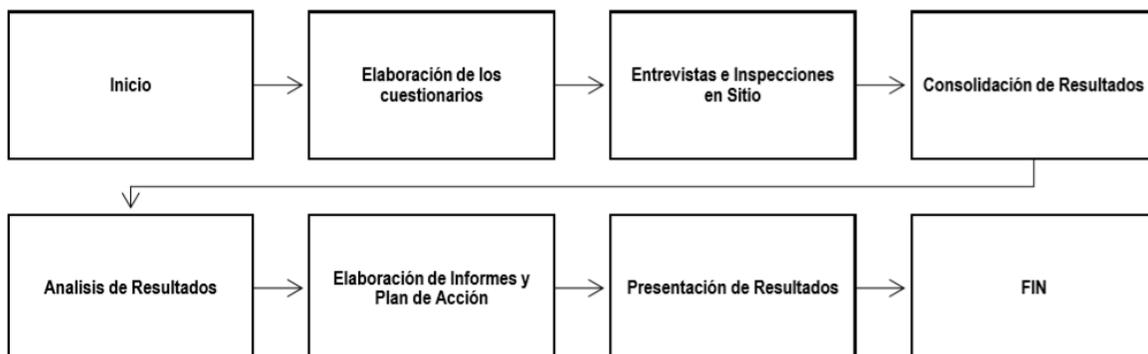


Ilustración 6. Metodología utilizada en el GAP

A continuación, exponemos los niveles de madurez alcanzados en el ejercicio del GAP:

Analizando el gráfico anterior se puede concluir que los dominios que se encuentran en el nivel Definido son: políticas de seguridad de la información, criptografía, seguridad física, gestión de operaciones y relaciones con los proveedores. Los demás dominios se encuentran en los niveles: administrado, repetible y optimizado.

En seguida, se presenta el grado actual de implementación y cumplimiento de la Entidad frente a los 14 dominios.

Resultados por dominio						
NUMERAL	CLAUSULA	ESTADO ACTUAL	BRECHA	ESTADO ESPERADO	NIVEL	
A.5	POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	50%	50%	100%	Repetible	
A.6	ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	25%	75%	100%	Incipiente	
A.7	SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	25%	75%	100%	Incipiente	
A.8	GESTIÓN DE ACTIVOS	75%	25%	100%	Definido	
A.9	CONTROL DE ACCESO	75%	25%	100%	Definido	
A.10	CRIPTOGRAFÍA	25%	75%	100%	Incipiente	
A.11	SEGURIDAD FÍSICA	25%	75%	100%	Incipiente	
A.12	GESTIÓN DE OPERACIONES	25%	75%	100%	Incipiente	
A.13	SEGURIDAD DE LAS COMUNICACIONES	75%	25%	100%	Definido	
A.14	ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS	75%	25%	100%	Definido	
A.15	RELACIONES CON LOS PROVEEDORES	25%	75%	100%	Incipiente	
A.16	GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION	75%	25%	100%	Definido	
A.17	CONTINUIDAD DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION	50%	50%	100%	Repetible	
A.18	CUMPLIMIENTO	25%	75%	100%	Incipiente	
	PROMEDIO CLAUSULAS	46%	54%			

NIVEL	PORCENTAJE	CRITERIOS
Inexistente	0%	No se cuenta con la cláusula o control.
Incipiente	1-25%	El control esta implementado no obstante el modelo de continuidad de políticas, procedimientos y estándares de configuración, no existe.
Repetible	26-50%	El control esta implementado y además es soportado por un documento que contiene una política de alto nivel y otras políticas operativas debidamente aprobadas.
Definido	51-75%	El control esta implementado y soportado por políticas, procedimientos y estándares de configuración publicados y socializados.
Gestionado	76-99%	En este nivel se realizan mediciones sobre la efectividad de los controles.
Optimo	100%	En este nivel se encuentran las organizaciones en las cuales se mide la efectividad de los controles con el fin de mejorarlos y optimizarlos.

Niveles de madurez.

8.3 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PARA EL ANÁLISIS

Para la realización del análisis dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información es necesario definir una serie de variables que ayuden a la priorización de los diferentes dominios de la NTC/ISO 27001:2013. Los 14 dominios.

El Plan de Seguridad y Privacidad de la Información propone una estrategia para la implementación basada en una serie de variables que permiten inferir el orden de implementación de cada uno de los dominios teniendo en cuenta algunos aspectos asociados a cada uno de los controles. En la siguiente figura se presentan la matriz de valoración para cada una de las combinaciones posible.



Ilustración 9. Variables analizadas

S.

- **Prioridad de Planeación:** Esta variable considera los aspectos relacionados con el dominio desde el punto de vista de las categorías del tipo de control o dominio: administrativo (3), tecnológico (2) y físico (1) y los aspectos referentes a los niveles de planeación: estratégico (3), táctico (2) y operativo (1). Dependiendo de la conjunción de estos dos criterios (nivel de planeación y categorías del tipo del control o dominio) se

asigna un valor que ayudará a definir la prioridad de implementación teniendo en cuenta la magnitud de este valor tal como se muestra en la siguiente figura (los valores de mayor a menor son: 9, 6, 4, 3, 2,1).

NIVELES DE PLANEACIÓN	Estratégico (3)	3	6	9
	Táctico (2)	2	4	6
	Operativo (1)	1	2	3
		Físico (1)	Tecnológico (2)	Administrativo (3)

Tabla 2. Niveles de planeación.

- **Documentación política:** El esfuerzo asociado con la documentación de políticas por cada uno de los dominios se mide en esta variable. La cantidad de políticas y normas que hay que desarrollar por dominio es un estimativo que ayuda a estimar su prioridad de implementación.

DOCUMENTACIÓN DE POLÍTICAS		
VALOR	NIVEL	Rango número de políticas
5	MUY ALTO	Entre 10 y 11
4	ALTO	Entre 7 y 9
3	MEDIO	Entre 5 y 6
2	BAJO	Entre 3 y 4
1	MUY BAJO	Entre 1 y 2

Tabla 3. Documentación de políticas.

Los niveles utilizados para calificar esta variable se muestran a continuación:

- **Documentación procedimientos:** El esfuerzo requerido por cada dominio en el número de procedimientos requeridos para lograr la preservación de la seguridad de la información es uno de los aspectos considerados con el fin de asignarle una prioridad a la implementación de los diferentes dominios. Los valores estimados de criticidad relacionados con el número de procedimientos estimado requerido se presenta a continuación:

DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS		
VALOR	NIVEL	Rango número de procedimientos
5	MUY ALTO	Entre 10 y 11
4	ALTO	Entre 7 y 9
3	MEDIO	Entre 5 y 6
2	BAJO	Entre 3 y 4
1	MUY BAJO	Entre 1 y 2

Tabla 4. Documentación de procedimientos.

- **Documentación estándares:** El esfuerzo requerido por cada dominio en el número de estándares requeridos para lograr la preservación de la seguridad de la información es uno de los aspectos considerados con el fin de asignarle una prioridad a la implementación de los dominios.

Los valores estimados de criticidad relacionados con el número de estándares estimado requerido se presenta a continuación:

DOCUMENTACIÓN DE ESTÁNDARES		
VALOR	NIVEL	CRITERIOS (CANTIDAD)
5	MUY ALTO	3
4	ALTO	2
3	MEDIO	1
2	BAJO	0
1	MUY BAJO	0

Tabla 5. Documentación de estándares.

- Costo de implementación:** Cada uno de los dominios de la norma dependiendo de la cantidad de herramientas, software, servicios, infraestructura, horas hombre, entre otros aspectos, requerirá de unos esfuerzos financieros diferentes. De tal manera que se puede recomendar como parte de este Plan, que aquellos dominios con menor costo sean implementados en el menor tiempo posible con el fin de obtener lo que se conoce como ganancias tempranas lo que a larga beneficiará la aceptación de todo lo concerniente a la seguridad de la información por parte de la entidad y mantendrá la motivación en niveles altos durante la fase de implementación del SGSI. La tabla utilizada para estimar de manera cualitativa el costo asociado a un dominio es la siguiente:

COSTO DE IMPLEMENTACION		
VALOR	NIVEL	CRITERIOS (MILLONES DE \$)
5	MUY ALTO	Mayor a \$100´
4	ALTO	Entre \$99´999. y \$75´
3	MEDIO	Entre \$74.999. y \$50´
2	BAJO	Entre \$49´999. y \$25´
1	MUY BAJO	Menor a \$25´

Tabla 6. Costos de implementación.

- **Gasto de mantenimiento:** Todo control asociado a un dominio tiene por su misma naturaleza unos gastos asociados en mantener su efectividad en el transcurso del tiempo.

Estos gastos normalmente tienden a ser reiterativos y en algunos casos se requiere de un tercero para que cumpla con la función del mantenimiento.

La tabla utilizada para estimar de manera cualitativa los gastos asociados a un dominio es la siguiente:

COSTO DE MANTENIMIENTO		
VALOR	NIVEL	CRITERIOS (MILLONES DE \$)
5	MUY ALTO	Mayor a \$100´
4	ALTO	Entre \$99´999. y \$75´
3	MEDIO	Entre \$74.999. y \$50´
2	BAJO	Entre \$49´999. y \$25´
1	MUY BAJO	Menor a \$25´

Tabla 7. Costos de mantenimiento.

- **Complejidad:** La variable complejidad considera las calificaciones requeridas en el recurso humano con el fin de acometer la implementación del dominio o control en cuestión, para ello se consideran los siguientes aspectos:
 - Especialista
 - Ingeniero
 - Técnico
 - Estudiante técnico o profesional
 - Personal no calificado

La tabla utilizada para estimar de manera cualitativa la complejidad asociada a un dominio es la siguiente:

COMPLEJIDAD		
VALOR	NIVEL	CRITERIOS
5	MUY ALTO	Especialista
4	ALTO	Ingeniero
3	MEDIO	Técnico
2	BAJO	Estudiante
1	MUY BAJO	Personal no calificado

Tabla 8. Complejidad.

- Tiempo:** La variable tiempo le imprime al dominio unas restricciones importantes en lo referente al tema de cuándo se debe abordar su implementación. Se considera que si un control o dominio toma mucho tiempo para su implementación es recomendable abordarlo posteriormente para que de esta manera podamos implementar muchos más controles que sean de corta duración en su implementación y se aumenta rápidamente el porcentaje de cumplimiento de la norma de seguridad. No obstante, se debe considerar que estos controles de largo tiempo de implementación sean acometidos sin violar los requerimientos de tiempo de todo el proyecto.

La tabla utilizada para estimar de manera cualitativa el tiempo asociado a la implementación de un dominio determinado es la siguiente:

TIEMPO		
VALOR	NIVEL	CRITERIOS
5	MUY ALTO	Más de un año
4	ALTO	De 9 a 12 meses
3	MEDIO	De 6 a 9 meses
2	BAJO	De 3 a 6 meses
1	MUY BAJO	Menos de 3 meses

Tabla 9. Tiempo.



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION
GRUPO TIC



	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

9. INFORME DE RESULTADOS

Con el fin de estimar las prioridades para cada uno de los dominios de la norma ISO 27001 se definieron una serie de variables que una vez calificadas se utilizaron para determinar la prioridad estratégica de implementación de los dominios. A continuación, se presenta la tabla con las variables que permiten estimar la Prioridad Estratégica de cada uno de los dominios de la norma. Esta Prioridad se estima en porcentaje lo que nos permitirá luego ordenar cada uno de los dominios y definir las 3 fases de implementación.

Con base en la prioridad estratégica procedemos a definir las diferentes fases que conformarán el proceso de implementación de los dominios de la norma. Se determinaron tres (3) fases principales para la implementación de todos los dominios. El tiempo estimado aproximado para la finalización de estas fases es de un año teniendo en cuenta aspectos legales, contractuales y la experiencia nuestra en proyectos similares, obviamente contando con la dedicación del líder de seguridad y los dos analistas sugeridos en el Manual del SGSI. También a todo lo anteriormente expresado subyace la premisa de implementar los controles que toman menos tiempo y requieren menor esfuerzo, según lo reflejado por las variables definidas para el análisis del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION
GRUPO TIC



A.8	GESTIÓN DE ACTIVOS	75%	25%	100%	Definido	Fase 1
A.9	CONTROL DE ACCESO	75%	25%	100%	Definido	
A.13	SEGURIDAD DE LAS COMUNICACIONES	75%	25%	100%	Definido	
A.14	ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS	75%	25%	100%	Definido	
A.16	GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION	75%	25%	100%	Definido	Fase 2
A.5	POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	50%	50%	100%	Repetible	
A.17	CONTINUIDAD DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION	50%	50%	100%	Repetible	Fase 3
A.6	ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	25%	75%	100%	Incipiente	
A.7	SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	25%	75%	100%	Incipiente	
A.10	CRIPTOGRAFÍA	25%	75%	100%	Incipiente	
A.11	SEGURIDAD FÍSICA	25%	75%	100%	Incipiente	
A.12	GESTIÓN DE OPERACIONES	25%	75%	100%	Incipiente	
A.15	RELACIONES CON LOS PROVEEDORES	25%	75%	100%	Incipiente	
A.18	CUMPLIMIENTO	25%	75%	100%	Incipiente	

Fases de la implementación de los dominios ISO 27001.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

10.1 A.5. POLÍTICAS DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La política determina los objetivos de seguridad, lo que se quiere hacer en temas de seguridad, se basa en los análisis de riesgos y en los resultados de la gestión de incidentes de seguridad.

Las políticas siempre responden a la pregunta ¿Qué voy a hacer? y en ese sentido hay que redactar la política. La política define los objetivos a alcanzar y no cómo se va a implementar, es un error incluir en una política algo operativo por ej. “la contraseña debe tener 8 caracteres alfanuméricos, al menos una mayúscula y números”, esto no es una política, sino la forma como cumpliría el objetivo, responde a cómo lo voy a hacer y no a ¿qué voy a hacer? una política correcta podría ser algo como “Todos los usuarios que acceden a los sistemas de información del IDSN deben disponer de un medio de identificación y el acceso debe ser controlado a través de una autenticación personal.”. Lo anterior, lo que se refería a las características de las contraseñas, es lo que se conoce como norma, la cual, no es otra cosa, que enunciados de obligatorio cumplimiento, que responden a la forma en que se cumplirá una política.

Como se mencionó anteriormente, la política determina los objetivos de seguridad, y la forma de cumplir con estos objetivos en el modelo de seguridad es a través de normas y procedimientos.

Las normas y procedimientos siempre deben responder a una política, por lo tanto en cada norma o procedimiento debe especificarse a qué política responde, si no se puede determinar a qué política corresponde debe razonarse, o que el procedimiento o norma no es necesario, o que el documento de políticas está incompleto. El documento de políticas SIEMPRE debe ser conocido y firmado por la alta gerencia.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Como ayuda para elaborar el documento de políticas del IDSN debe revisar la norma GTC/ISO27002:2015 y adicionalmente adquirir en la medida de lo posible plantillas para la implementación de políticas que se pueden conseguir en internet.

Las políticas se deben revisar periódicamente, y medir la eficiencia y eficacia con la que se están cumpliendo estos objetivos de seguridad, por lo que la entidad debe implementar un procedimiento del área de seguridad de la información que estandarice el mecanismo por el cual se realizan las revisiones periódicas de los documentos del modelo de seguridad (incluyendo el documento de políticas), de manera que forme parte del modelo de seguridad y sea sujeto de ser auditado.

10.2 A.6. ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La seguridad de la información realmente es una cultura, en la cual se deben involucrar todos los colaboradores, tanto servidores públicos, usuarios y contratistas para que contribuyan a crear un clima de seguridad tanto al interior como al exterior de la entidad. La organización de seguridad debe estar distribuida por toda la entidad en diferentes funciones con responsabilidades relacionadas con la seguridad de la información.

Se deben utilizar roles para la realización de las actividades que los colaboradores realizan en cada procedimiento, y posteriormente asociar a los cargos, los roles previamente definidos, que contienen las actividades y las funciones de cada rol.

A la hora de realizar esta asignación de roles a cargos se debe:

1. Realizar una matriz RACI2 para cada procedimiento, de tal forma que puedan ser controladas las actividades por diferentes personas.
2. Realizar una matriz de segregación de funciones entre los roles con el fin de asegurarse que para un cargo no se presenten conflictos de intereses en temas de seguridad de la información.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Dentro del modelo de seguridad, la organización de seguridad debe tener al menos:

- **Un comité de seguridad de la información** en el cual se debe integrar la alta gerencia. Este comité es el órgano máximo del modelo de seguridad. Sus funciones principales, entre otras, podrían ser:
 - Definir los lineamientos y estrategias de Seguridad de la información en función de los objetivos del negocio.
 - Aprobar el modelo de seguridad de la entidad (políticas, normas, procedimientos, etc.).
 - Aprobar el Plan de seguridad y Privacidad de la Información, así como los resultados de su implementación.

- **Líder de seguridad de la Información de la Entidad.** Es el encargado de coordinar todo el modelo de seguridad. Debería estar dedicado tiempo completo a temas de seguridad y debe velar por el mejoramiento continuo del modelo de seguridad. Debe establecer contacto con las autoridades pertinentes, así como con grupos de interés en temas de seguridad.

- **Analista de seguridad de la información.** Son funcionarios dedicados tiempo completo a temas de seguridad de la información y que realizan labores operativas del modelo de seguridad. Son dirigidos por el líder de seguridad de la información. En lo posible, la entidad debe contar como mínimo con dos funcionarios para este rol.

Otros roles sugeridos a futuro dentro de la entidad de seguridad podrían ser:

- Administrador de recursos informáticos
- Administrador de control de acceso lógico
- Operador de seguridad de la información
- Líder de seguridad física
- Líder de recursos humanos
- Líder de organización y métodos o líder del sistema de calidad

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Auditor de Seguridad
- Asesor legal

Entre otros...

Este dominio también contempla el aseguramiento de dispositivos móviles y el teletrabajo.

Con referencia a este tema se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Contar con un inventario con el registro de todos los dispositivos móviles de la entidad, en el cual se registre al menos: la persona responsable del dispositivo, los activos de información que maneja el dispositivo y los lugares a los que tiene acceso.
- Contar con estándares de seguridad para dispositivos móviles que pueden contener entre otras, cifrado de disco duro, restricciones de instalación de software, actualización de parches de seguridad, restricción a conexiones de acceso de información, protecciones contra software malicioso, deshabilitar borrado remoto, copias de respaldo, entre otros.
- Contar con un documento formal de normas para uso de dispositivos móviles, donde se den recomendaciones sobre el uso de los dispositivos móviles y los cuidados de seguridad que se deben tener.

10.3 A.7. SEGURIDAD DEL RECURSO HUMANO

Con relación a la seguridad de los recursos humanos se debe tener en cuenta el ciclo de vida del recurso humano, esto es, antes, durante y después de su contratación. En este sentido se darán recomendaciones en estas tres etapas.

Antes de la contratación:

Contar con un procedimiento de selección de personal que, de acuerdo con las leyes y reglamentos de ética pertinentes, incluya:

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Verificación de referencias
- Verificación de la hoja de vida completa
- Verificación de la identidad del aspirante
- Verificación de competencia
- Pruebas psicotécnicas
- Verificar en términos generales que sea una persona confiable.

Durante el periodo de contratación:

- Todos los colaboradores y contratistas que accedan a información reservada o sensible deben firmar un acuerdo de confidencialidad y no divulgación ANTES de tener acceso a dicha información por cualquier medio.
- Todos los colaboradores deben firmar una cesión de derechos de propiedad intelectual a favor de la entidad sobre los desarrollos que se realicen fruto de su trabajo en la entidad.
- Todos los colaboradores deben seguir fielmente las normas sobre el manejo de cada tipo de información de acuerdo con lo definido en la clasificación de activos de información.
- Contar con un proceso disciplinario sí se incumple cualquiera de las normas de seguridad establecidas.
- Contar con un proceso disciplinario frente a la responsabilidad en incidentes de seguridad de la información en los que se demuestre la participación de algún colaborador.
- Brindar capacitaciones del modelo de seguridad aprobado, así como capacitaciones periódicas en temas de seguridad con el fin de tomar conciencia sobre la seguridad de la información pertinente a sus roles, y lograr crear una cultura de seguridad al interior y exterior de la entidad.
- Contar con un canal anónimo mediante el cual los colaboradores puedan reportar posibles incidentes de seguridad de la información.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Se debe crear un programa de capacitaciones continuas en seguridad que deberán cubrir como mínimo los siguientes aspectos:

- Concientización sobre riesgos de seguridad.
- Conocimiento del modelo de seguridad.
- Conocimiento de las normas y procedimientos de seguridad.
- Puntos de contacto para información de problemas de seguridad.
- Mecanismos para el reporte de incidentes de seguridad de la información.
- Tips prácticos de seguridad orientado a las labores que realiza cada colaborador según sus funciones.

Al terminar la contratación:

- Dentro del procedimiento de terminación de contrato se debe incluir: backup de la información que el colaborador manejaba, eliminación de todos los usuarios y contraseñas del colaborador, eliminación de los accesos remotos de teletrabajo a los que tenía acceso el colaborador.
- El área de seguridad de la información debe dar un visto bueno, o un paz y salvo después de analizar que los activos de información permanezcan en la entidad. Este paz y salvo debe ser requisito para completar el proceso de desvinculación.

10.4 A.8. GESTIÓN DE ACTIVOS

Este dominio pretende identificar los activos de información de la entidad, clasificarlos, asignarles responsables a dichos activos y brindarles un tratamiento apropiado de acuerdo a su clasificación.

Las recomendaciones en este punto son:

- Realizar un inventario de todos los activos de información, para este fin normalmente se realiza una búsqueda de los activos de información en los procesos y procedimientos, buscando el flujo de información en los mismos.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Incluir en el inventario, el tipo de activo (físico o digital), ubicación, activos de soporte, redes, medios, servidores o servicios en las que se encuentra, proceso al que pertenece, entre otros.
- Asignar a cada activo de información un dueño. El dueño del activo de información es el responsable del activo de información y velará por salvaguardar dicho activo y hacer cumplir el tratamiento de seguridad del mismo de acuerdo con su clasificación. Se considera a los activos de información como cualquier otro activo, con un valor financiero y estratégico.
- Realizar una clasificación de los activos de información teniendo en cuenta criterios de disponibilidad, integridad y confidencialidad de dicha información.
- Asignar un tratamiento de seguridad detallado para cada nivel de la clasificación de los activos de información, definiendo normas de uso, etiquetado, y controles de seguridad para cada nivel de clasificación.

Cuando se terminen los vínculos contractuales con la entidad se debe devolver todos los activos de información a los que el colaborador tuvo acceso.

Con respecto a la gestión de medios removibles, se debe:

- Inicialmente bloquear todos los accesos a medios removibles en todos los equipos de la entidad (bloqueo de USB)
- Habilitar los puertos USB, sólo con una justificación escrita y debe ser autorizada por el área de seguridad. Sólo se deberá habilitar el uso de medios removibles, si hay una razón de negocio para hacerlo.
- Se deben redactar normas para el uso de dispositivos removibles.
- Se debe tener registro de la información en medios removibles.
- Sí la información ya no se requiere tener en dispositivos removibles o cuando el colaborador se retire de la entidad, debe realizarse un borrado seguro del medio removable.
- Sí la confidencialidad o integridad de la información contenida en un medio removable se considera importante, debería utilizar mecanismos criptográficos apropiados para cada medio.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- La disposición final para los medios removibles debe realizarse en forma segura, por ejemplo incineración o borrado seguro.

10.5 A.9. CONTROL DE ACCESO

El objetivo del dominio de control de acceso consiste en limitar el acceso a la información y a las instalaciones con el fin de salvaguardar los activos de información.

- Se debe realizar unas políticas de control de acceso, con sus respectivas normas y procedimientos que las implementen. Las recomendaciones para esta política son:
 - Tener en cuenta para este fin la clasificación de la información, la legislación pertinente de acuerdo con las leyes de protección de datos.
 - Implementar un procedimiento de gestión de derechos de acceso a los diferentes tipos de activos de información en los que se involucre a los dueños de los activos de información.
 - El criterio fundamental a la hora de definir la política de control de acceso debería ser: “Permitir sólo lo que necesita conocer para realizar sus funciones, de lo contrario no se permite”

- Se debe realizar unas políticas de control de acceso a redes y servicios de red, con sus respectivas normas y procedimientos que las implementen. Las recomendaciones al respecto son:
 - El acceso a redes o servicios de red debe justificarse en función de los activos a los que se necesita acceder, en la clasificación de los activos puede encontrar en qué redes o a que servicios se le debe permitir acceso para acceder al activo de información.
 - Se debe incluir procedimientos para monitorear las redes, tráfico y quién tiene acceso de acuerdo con la política, y en caso de accesos no autorizados,

considerarlos como un incidente de seguridad e iniciar inmediatamente una investigación de seguridad.

- Se debe implementar un procedimiento de gestión de acceso a usuarios. Este procedimiento incluye la creación, modificación y eliminación de usuarios. Generalmente está asociado con el proceso de contratación y desvinculación. El procedimiento debe tener en cuenta la autorización al acceso de activos de información, redes y servicios, y estas autorizaciones deben ser avaladas por el dueño del activo de información y por el área de seguridad de la información como mínimo.
- Se debe revisar periódicamente todos los accesos a los activos de información, redes y servicios. En estas revisiones identificar y eliminar o deshabilitar permisos redundantes y obsoletos de acuerdo con las solicitudes de acceso.
- Se debe tener especial cuidado con usuarios con altos privilegios.
- Se debe habilitar logs de acceso a los sitios restringidos.
- Se debe realizar auditoría periódica a los permisos de acceso
- A nivel de aplicativos, durante su desarrollo, desde la etapa de diseño, se debe tener en cuenta:
 - La posibilidad de restringir el acceso a la información de la aplicación, para esto utilizar roles, permitir auditar el acceso a información sensible y a operaciones sensibles dentro del aplicativo, entre otras.
 - Utilizar técnicas de autenticación adecuadas para corroborar la identidad de un usuario.
 - Durante el log-on se debe proteger de intentos de ingreso por fuerza bruta, evitar mensajes de ayuda en el log-on, utilizar contraseña protegida (que no se vea la contraseña al momento de ingresarla), llevar registro de intentos de log-on (exitosos y fallidos). No transmitir las contraseñas en texto plano.
 - Se debe cerrar las sesiones por inactividad.

10.6 A.10. CRIPTOGRAFÍA

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

El objetivo de este dominio es asegurar la confidencialidad mediante el uso de métodos apropiados de criptografía. Los sistemas centralizados de gestión de llaves garantizan la seguridad de las diferentes llaves utilizadas por los sistemas de cifrado.

Los proyectos recomendados para este dominio son:

10.7 A.11. SEGURIDAD FÍSICA Y DEL ENTORNO

La seguridad no es una tecnología, ni un producto, es un proceso que se apoya en la tecnología para lograr sus objetivos a lo largo de toda la entidad. La seguridad debe ser un enfoque sistémico realizado por profesionales en la materia, que propongan una serie de actividades, procesos y productos para que todos funcionando de manera sincronizada ejerzan un control, factores disuasivos, e información; que en su conjunto garanticen que la entidad pueda lograr sus objetivos de manera oportuna y productiva.

La seguridad física en Colombia es y ha sido un aspecto muy importante de la forma como las empresas protegen sus activos económicos. Se requiere contar con una metodología que permite evaluar qué tan efectivos son los controles existentes en la infraestructura de la Entidad con el fin de actuar como factor disuasivo y control, contra eventos que pongan en peligro la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información.

Es importante considerar que factores como el control de variables ambientales, tecnologías de control de acceso, y sistemas de CCTV, permiten implementar los controles. Estos controles deben ser el resultado del análisis de riesgo, en donde se determinan las prioridades de cada uno de los elementos anteriormente mencionados.

Zonas de mejora o posibles proyectos (mejora de controles de acceso y protección contra amenazas naturales)

1. Centros de Procesamiento normales o de emergencia
2. Áreas con servidores, ya sean de procesamiento o dispositivos de comunicación
3. Áreas donde se encuentren concentrados dispositivos de información
4. Áreas donde se almacenen y guarden elementos de respaldo datos (CD, Discos Duros, Cintas etc.)

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

5. Áreas donde se deposite salidas de impresoras o fax.

Normas que se deben aplicar en el IDSN

- Código Eléctrico Colombiano, NTC 2050, 1986
- Acuerdo 20 del Distrito, Código de Construcción
- NFPA 70 National Electrical Code (NEC), 2005
- ANSI/TIA 942, Telecommunications Infrastructure for Data Centers Standard.
- Manual de Métodos de Distribución de Telecomunicaciones (TDMM) de Bicsi. Capítulo 8, "Equipment Room"
- NFPA 75 Standard for the Protection of Electronic Computer/Data Processing Equipment, 2.003 Edition.
- IEEE 1100-2005, Recommended Practice for Powering and Grounding Sensitive Electronic Equipment.
- TIA/EIA 568 B2.1 Commercial Building Telecommunications Wiring Standards.
- TIA/EIA 569A Commercial Building Standard for Telecommunications Pathways and Spaces.
- Thermal Guide for Data Processing Environments. ASHRAE (American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers, Inc)
- Recomendaciones de fabricantes de equipos de cómputo para instalación de sus equipos (site prep).

10.8 A.12. SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES

El objetivo de este dominio consiste en asegurar las operaciones correctas y seguras de las instalaciones de procesamiento de información. Para ello, lo divide en siete grandes subdominios que se tratarán individualmente:

10.8.1 PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES Y RESPONSABILIDADES

Para este subdominio se debe:

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Tener procedimientos documentados de cada uno de los elementos de procesamiento de información, como servicios, aplicativos, dispositivos de red y de infraestructura. La documentación por cada elemento debería incluir como mínimo:
 - Instalación y configuración de los sistemas
 - Procedimientos de encendido y apagado
 - Procedimientos de respaldo tanto de los datos como de la configuración

- Contar con un procedimiento de gestión de la capacidad. El principio fundamental consiste en monitorear todos los recursos de procesamiento y comunicación, tales como ancho de banda de los canales, memoria, capacidad de almacenamiento, capacidad de cálculo, entre otros, y alertar cuándo lleguen a valores críticos con el fin de gestionar la capacidad de cómputo, bien sea optimizando o adquiriendo más capacidad.

- Contar con separación de ambientes, la norma se refiere a que el ambiente de desarrollo debe ser diferente al ambiente de producción. Cuando se refiere a ambientes, lo ideal sería que fuesen ambientes totalmente independientes. En lo posible, se debe procurar cinco ambientes como se describen a continuación:
 - **Terceros:** cuando se desarrolla software por terceros y es necesario que tengan acceso a los sistemas de la entidad, es recomendable construir un ambiente independiente para el proveedor que no interfiera con la entidad ni afecte la seguridad de la misma. La información con la que se realiza estos desarrollos debe ser información de prueba, nunca con datos reales.
 - **Desarrollo:** El ambiente de desarrollo es un ambiente diseñado para este fin no debe tener acceso directo a los sistemas de producción. Debería brindarle a los desarrolladores una infraestructura lo más similar posible a la que se tiene para producción. La información con la que se realiza estos desarrollos debe ser información de prueba, nunca con datos reales.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- **Pruebas y Calidad de Software:** Es un ambiente destinado para todas las pruebas de software: funcionales, no funcionales y pruebas de seguridad. Debería tener una infraestructura lo más similar posible a la que se tiene para producción. La información con la que se realiza estos desarrollos debe ser información de prueba, nunca con datos reales.
- **Producción:** Es el ambiente productivo, donde se realizan las operaciones reales de la entidad.
- **Contingencia:** Es el ambiente de respaldo que se analiza en detalle en la gestión de continuidad, debe ser lo suficientemente robusto para soportar los servicios mínimos requeridos por la entidad.

10.8.2 REGISTRO Y SEGUIMIENTO

El objetivo de este subdominio es dejar rastro de los eventos y evidencia de todas las operaciones relevantes con el fin de que sirvan de apoyo en una investigación de seguridad en un momento dado. Se debe tener en cuenta para estos registros que contengan entre otros la siguiente información:

- Identificación de usuarios;
- Actividades del sistema;
- Fechas, horas y detalles de los eventos clave, por ejemplo, entrada y salida;
- Identidad del dispositivo o ubicación, si es posible, e identificador del sistema;
- Registros de intentos de acceso al sistema exitosos y rechazados;
- Registros de datos exitosos y rechazados y otros intentos de acceso a recursos;
- Cambios a la configuración del sistema;
- Uso de privilegios;
- Uso de utilidades y aplicaciones del sistema;
- Archivos a los que se tuvo acceso, y el tipo de acceso;
- Direcciones y protocolos de red;

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Alarmas accionadas por el sistema de control de acceso;
- Activación y desactivación de los sistemas de protección, tales como sistemas antivirus y sistemas de detección de intrusión;
- Registros de las transacciones ejecutadas por los usuarios en las aplicaciones.

10.9 A.13. SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES

La transferencia de información está expuesta a múltiples riesgos, por ello la entidad debe implementar medidas preventivas para evitar su divulgación o modificación. Para lograr esto el IDSN debe:

Asegurar la protección de la información en las redes, y sus instalaciones de procesamiento de información de soporte y mantener la seguridad de la información transferida dentro de la entidad y con cualquier entidad externa.

10.10 A.14. ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS

La seguridad en los procesos de desarrollo de software debe estar a lo largo de cada parte del ciclo de desarrollo de software, las recomendaciones por cada parte son:

Análisis de Requerimientos

- Definir claramente con el usuario final el alcance de los requerimientos.
- Determinar la confidencialidad de la información que se maneja
- Definir el control de autenticación requerido
- Definir los roles y los privilegios de cada rol

Diseño

- Acceso a componentes y administración del sistema
- Logs para auditoría
- Gestión de sesiones
- Datos históricos
- Manejo apropiado de errores

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Segregación de funciones
- Defina adecuadamente la administración de identidades
 - Exija el uso de contraseñas seguras
 - En el caso de que se produzca un error en la autenticación, devuelva la mínima información posible.
- Compruebe siempre la validez de los datos de entrada
 - Suponga que todos los datos especificados por los usuarios tienen mala intención
 - Compruebe la validez del tipo, longitud e intervalo de los datos
- Administración de la configuración y las sesiones
- Datos confidenciales y criptografía
- Auditoría y registro, siempre dejar registro de las actividades sensibles del aplicativo, (log-in y log-out, Tiempo de sesión, accesos a la base de datos)

Codificación

- Aseguramiento de los ambientes de desarrollo
- Mantener documentación técnica
- Seguridad en las interfaces de comunicación
- Buenas prácticas de codificación:
 - Validación de entradas
 - Codificación de las salidas
 - Estilo de programación limpio
 - Código autodocumentado
 - Control de código fuente (log de cambios)
 - Buena utilización de recursos (memoria, acceso a base de datos)
 - Estandarización y reutilización de código

Pruebas

- Controles de calidad en controles de seguridad

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

- Inspección de código por fases
- Comprobación de gestión de configuraciones
- Realizar pruebas de caja blanca y caja negra (owasp top 10)

Instalación, actualización y parches

- Tener en cuenta control de cambios

10.11 A.15. RELACIONES CON LOS PROVEEDORES

Los proveedores por su naturaleza son una de las fuentes externas de riesgos, pero a su vez son importantes para el cumplimiento de la misión y la visión de la entidad, por esta razón se deben implementar controles para: Asegurar la protección de los activos de la organización que sean accesibles a los proveedores y mantener el nivel acordado de seguridad de la información y de prestación del servicio en línea con los acuerdos con proveedores.

Las auditorías nos ayudan a determinar el nivel de cumplimiento de los proveedores con respecto a la seguridad de la información:

10.12 A.16. GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Construir un proceso consistente para gestionar los incidentes de seguridad de la información, el cual debe contener como mínimo:

- Reporte de incidente de seguridad de la información
- Investigación de incidente de seguridad de la información
- Adecuado control de cadena de custodia para gestión de evidencias.

La adecuada gestión de los incidentes de seguridad de la información permite proteger los tres pilares de la seguridad: la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información. La implementación de estos controles permite asegurar un enfoque coherente y eficaz para la gestión de incidentes de seguridad de la información, incluida la comunicación sobre eventos de seguridad y debilidades.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

10.13 A.17. ASPECTOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE CONTINUIDAD DE NEGOCIO

La continuidad del negocio en lo relacionado a la información es un componente fundamental en la implementación del SGSI. La Gestión de la Continuidad del Negocio (BCM, por sus siglas en inglés Business Continuity Management) debe ser un proceso establecido en nuestra sociedad moderna, globalizada, interconectada, con tecnologías novedosas, más complejas y, además, con una alta presencia de riesgos de tipo operativo que en cualquier momento podrían llegar a materializarse.

Finalmente, el BCP ha sido estandarizado en el año 2012 bajo la norma internacional ISO 22301; norma certificable que ha servido de consulta permanente e indispensable para la realización de este documento y del proceso en general.

Recientemente, se ha concedido una importancia creciente a la implementación de planes, procedimientos y estructuras que garanticen la continuidad de los productos y servicios críticos de una determinada organización ante incidentes de diversas categorías y de diferentes niveles de impacto.

Estos factores, junto con una legislación cada vez más exigente en lo relacionado a la confiabilidad y a la seguridad en la prestación de estos productos y servicios, hacen necesario, en la actualidad, que se cuente con un BCP/DRP con el objetivo de lograr una sociedad cada vez más comprometida con la protección del talento humano, con la disponibilidad de los procesos del negocio, con la protección de la información (ISO 27001:2013), con fortalecimiento y preservación del conocimiento, con la tecnología propicia y segura, al igual, que con el incremento de la productividad, la agilidad, la efectividad y la eficiencia.

En un principio los factores de riesgo estaban asociados principalmente a contingencias de carácter natural y tecnológico, pero las consecuencias derivadas de sucesos como el terrorismo, la inestabilidad política, las pandemias, la pérdida de empleados claves, las amenazas naturales y el CIBERTERRORISMO³, entre otros, han mostrado la necesidad de incorporar nuevas amenazas en el BCP con el fin de garantizar la continuidad de las operaciones ante un escenario cada vez más dinámico en lo relacionado con el tipo de

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

riesgos al que se está expuesto. De acuerdo con la firma Continuity Software de los Estados Unidos, las fallas a nivel de hardware en los diferentes dispositivos que conforman los sistemas de información, por dos años consecutivos, han permanecido en el primer lugar, como causa de activación de los BCP, de acuerdo al 55% de los encuestados, le siguen migraciones de tecnología con el 51%; en el 2014, el error humano alcanzó un 47% y las fallas a nivel de las aplicaciones un 43%.

Proyectos de Planes anexos al BCP

Plan de comunicación de crisis: busca describir los procedimientos y comunicados que las organizaciones deben preparar para responder ante un incidente de manera correcta. Este plan debe estar coordinado con los otros planes de la organización para asegurar que sólo comunicados revisados y aprobados sean divulgados y que solamente el personal autorizado, previamente designado, sea el responsable de responder a las diferentes inquietudes y de diseminar los reportes de estado durante la contingencia a los empleados y al público en general.

Planes de evacuación por edificio: estos planes contienen los procedimientos que deben seguir los ocupantes de una instalación o facilidad en el evento en que una situación se convierta en una amenaza potencial a la salud y a la seguridad del personal, al ambiente o a la propiedad. Tales eventos podrían incluir fuego, terremoto, huracán, ataque criminal o una emergencia médica, entre otros. Estos planes son normalmente desarrollados a nivel de instalación, específicos a la localización geográfica y al diseño estructural de la construcción.

Plan de respuesta a CIBERINCIDENTES: este plan establece los procedimientos para responder a los ataques en el ciberespacio contra los sistemas de información de una organización. Son diseñados para permitirle al personal de seguridad identificar, mitigar y recuperarse de incidentes de cómputo maliciosos tales como: acceso no autorizado a un sistema o información, negación del servicio, cambios no autorizados al hardware y al software, entre otros. Ejemplos de elementos que pueden generar estos incidentes de seguridad pueden ser: la lógica maliciosa, los virus, los gusanos, los troyanos, por

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

mencionar algunos. Estos planes normalmente pueden pertenecer o estar integrados al Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI), normalmente estipulados y estandarizados bajo la norma ISO27001:2013.

Plan de recuperación de desastres: este plan es conocido como DRP (Disaster Recovery Plan), y está orientado a responder a incidentes, usualmente catastróficos, que puedan afectar la prestación de los servicios de información. Frecuentemente, el DRP se refiere a un plan enfocado en TI, diseñado para restaurar la operatividad de los sistemas, aplicaciones y bases de datos. Por otra parte, como parte del DRP, se cuenta generalmente con un sitio alternativo en donde se realizarán las operaciones, definidas por el BIA, que fueron interrumpidas por el incidente o desastre en el sitio principal. El alcance de un DRP puede confundirse con el de un Plan de Contingencia de TI; sin embargo, el DRP es menos amplio en alcance y no cubre interrupciones menores que no requieran reubicación.

Planes de contingencia: Según el NIST (National Institute of Standards and Technologies), los planes de contingencia representan un amplio espectro de actividades enfocadas a sostener y a recuperar los servicios críticos de TI, después de una interrupción, en el menor tiempo posible. Es factible en algunos casos contar con múltiples planes de contingencia, uno por cada componente, sistema o servicio crítico. Los planes de contingencia son de rápida activación y se puede asumir un RTO (Recovery Time Objective: Tiempo Objetivo de Recuperación), muy cercano a cero. Los planes de contingencia son típicos en los canales de comunicaciones y servidores, de tal manera que, ante la falla de uno de estos canales o servidor, otro, entrará en operación muy rápidamente y, en muchos casos, de manera automatizada.

10.14 A.18. CUMPLIMIENTO

Evitar el incumplimiento de las obligaciones legales, estatutarias, de reglamentación o contractuales relacionadas con seguridad de la información, y de cualquier requisito de seguridad es importante para no incurrir en demandas, multas u otra clase de afectación a la imagen o a las finanzas de la entidad.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Definir procedimientos apropiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos legislativos, de reglamentación y contractuales relacionados con los derechos de propiedad intelectual y el uso de productos de software patentados, en el marco de la Ley 719 de 2001.

Establecer una política de privacidad y protección de la información de datos personales, en el marco de la Ley 1581 de 2012 y mantener una capacitación continua sobre estas leyes con expertos en el tema.

Adicionalmente, como parte del ciclo de mejoramiento continuo del SGSI, la entidad debe garantizar que la seguridad de la información se implementa y opera de acuerdo con las políticas y procedimientos organizacionales.

10. PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

A continuación, se presenta una caracterización básica de las iniciativas en las fichas técnicas por cada uno de los proyectos a implementar:

11.1 P1- ESTABLECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Definir y establecer un conjunto de políticas para la seguridad y privacidad de la información, aprobada por la dirección, publicada y comunicada a las partes interesadas de la entidad.		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.5 POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN A.6 ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN A.10 CRIPTOGRAFÍA A.11 SEGURIDAD FÍSICA Y DEL ENTORNO A.12 SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES A.15 RELACION CON LOS PROVEEDORES A.18 CUMPLIMIENTO		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Bajo (3 - 6 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Bajo (Menor a 5000)
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

ÁREAS INTERESADAS/STAKE HOLDERS:	PLANEACIÓN GESTIÓN TECNOLÓGICA GESTIÓN JURÍDICA Y ASUNTOS LEGALES	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
<p>El alcance de la ejecución del proyecto incluye: La definición y establecimiento de un conjunto de políticas para la seguridad y privacidad de la información, aprobada por la dirección, publicada y comunicada a las partes interesadas de la entidad.</p>			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
<p>Estas políticas le permitirán a la entidad garantizar la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información que los procesos necesitan para cumplir con la misión, la visión y los requerimientos estipulados en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información - MSPÍ.</p>			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P2 - INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN CON EL PIC P3 - AFINAMIENTO DE DATACENTER P6 - PRUEBAS ETHICAL HACKING			

11.2 P2 - INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN CON EL PIC

P2 - INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN CON EL PIC			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Integrar el Plan de Sensibilización y Capacitación de seguridad y Privacidad de la información con el Plan Institucional de Capacitación - PIC vigente en la entidad.		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.7 SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Bajo (3 - 6 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Bajo (Menor a \$20´)
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA GESTIÓN TALENTO HUMANO PLANEACIÓN	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
--	--	--

	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN		
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
<p>El alcance de la ejecución del proyecto incluye: La integración e implementación del Plan de Sensibilización y Capacitación de seguridad y Privacidad de la Información con el Plan Institucional de Capacitación - PIC vigente en la entidad.</p>			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
<p>Todos los empleados de la organización, y en donde sea pertinente, los contratistas, deben recibir la educación y la formación en toma de conciencia apropiada, y actualizaciones regulares sobre las políticas y procedimientos de la organización pertinentes para su cargo en el marco de seguridad y privacidad de la información.</p>			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P1 - ESTABLECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN			
COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA			
Seguridad y Privacidad de la Información			
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL			
PETI			
FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO			
<p>Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional</p>			
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo		
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información		

11.3 P3 - AFINAMIENTO DE DATACENTER

11.4 P4 - CONTINUIDAD DEL NEGOCIO BCP

11.5 P5 - PLAN DE RECUPERACIÓN DE DESASTRES – DRP

P5 - PLAN DE RECUPERACIÓN DE DESASTRES - DRP	
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Acompañar al IDSN en la formulación de las acciones institucionales que permitan desarrollar la un Plan de Recuperación de Desastres DRP al interior de la entidad
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A. 17 ASPECTOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN DE CONTINUIDAD DEL NEGOCIO

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (9 a 12 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Muy Alto (mayor a \$100')
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
<p>Teniendo en cuenta los antecedentes expuestos por el Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN, la IDSN ha identificado la necesidad de llevar a cabo el desarrollo de un plan de recuperación de desastres alineado a las mejores prácticas y estándares.</p> <p>El DRP (Disaster Recovery Plan o Plan de recuperación de desastres) es la estrategia que tiene planteada la entidad para restablecer los servicios de TI (Hardware y Software) a cargo de esta entidad después de haber sufrido una afectación por una catástrofe natural, epidemiológica, falla masiva, daño premeditado, ataque de cualquier tipo el cual atente contra la continuidad del negocio. Después de fortalecer la infraestructura tecnológica como se ha hecho esta entidad durante las vigencias 2015, 2016 y lo corrido de 2017. Se ha identificado que cuando no se cuenta con un DRP implementado y se tiene una eventualidad, los encargados de la operación tecnológica tratan de recuperar la operación de los servicios que se prestan a cualquier costo ya que dependen del funcionamiento de sus sistemas de información. El objetivo de esta consultoría es formular el Plan de Recuperación de Desastres para la infraestructura tecnológica del IDSN.</p> <p>Beneficios del DRP para la IDSN:</p> <p>Algunos de los beneficios al hacer un DRP, a parte de los ahorros del esfuerzo, tiempo y dinero son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la continuidad de los servicios relacionados con la TIC • Proteger a la entidad de fallas generales en los servicios informáticos. • Minimizar los riesgos generados por la falta de servicios. • Garantizar el acceso de la información institucional. • Mantener la disponibilidad de los recursos informáticos. • Minimizar la toma de decisiones erróneas al presentarse algún desastre. • Dar atención continua a los clientes, proveedores, accionistas, colaboradores. • Tener capacidad de recuperación exitosa. 			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
Contar con un Plan de Recuperación de Desastres - DRP Definir estrategias de desastre para la recuperación de los servicios tecnológicos y misionales del IDSN			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P1 - ESTABLECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN			
COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA			
Porcentaje de ejecución del proyecto			
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL			
PETI			

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

FACTORES DE ÉXITO	
Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional	
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información

11.6 P6 - PRUEBAS ETHICAL HACKING

P6 - PRUEBAS ETHICAL HACKING			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Realizar dos (2) pruebas en el año de Ethical Hacking		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.12 SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES A.18 CUMPLIMIENTO		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (9 a 12 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Muy Alto (mayor a \$50´)
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
Realizar dos (2) pruebas en el año de Ethical Hacking a toda la infraestructura crítica de la entidad, con personal certificado y amplia experiencia en este tipo de labores.			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
Identificar y mitigar las brechas de seguridad de los componentes tecnológicos del IDSN.			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P2 - INTEGRACIÓN DEL PLAN DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN CON EL PIC			
COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA			
Seguridad y Privacidad de la Información			
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL			

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

PETI	
FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	
Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional	
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información

11.7 P8 - DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE AMBIENTES VIRTUALES PARA EL IDSN

P8 - DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE AMBIENTES VIRTUALES PARA EL IDSN			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Realizar el desarrollo e implementación de herramientas para Ambientes virtuales de Aprendizaje para el IDSN.		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.14 ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (9 a 12 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (mayor a \$50´)
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA ACADEMIA AREAS DEL IDSN	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
El alcance de la ejecución del proyecto incluye: Aplicación online para evaluación de Calidad de los Recursos Educativos Gestión de recursos didácticos (online)- Ecosistema Tecno-pedagógico Plataforma Biblioteca en Línea Portal Virtual del estudiante			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P3 - AFINAMIENTO DE DATACENTER			

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA	
Seguridad y Privacidad de la Información	
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL	
PETI	
FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	
Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional	
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información

11.8 P9 - MIGRACIÓN IPV4 A IPV6

P9 - MIGRACIÓN IPV4 A IPV6			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Realizar la migración de IPv4 a IPv6 de los componentes tecnológicos del IDSN		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.13 SEGURIDAD DE LAS COMUNICACIONES		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (9 a 12 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Muy Alto (mayor a \$50')
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
Realizar un diagnóstico, plan de implementación y monitoreo del proceso de transición de IPv4 a IPv6 a fin de generar mecanismos de direccionamiento IP de acceso seguro y uso eficiente de las infraestructuras de información.			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
El nuevo protocolo IPv6 Incorpora mecanismos de cifrado de los paquetes con Ipsec Mecanismos de seguridad avanzada sobre los datos transmitidos Mejora de las capacidades de autenticación y privacidad de los datos que transmite porque los paquetes que proceden de un origen.			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			
PROYECTOS RELACIONADOS			
P3 - AFINAMIENTO DE DATACENTER			

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA	
Seguridad y Privacidad de la Información	
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL	
PETI	
FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	
Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional	
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información

11.9 P10 - MANTENIMIENTO DE CONTROL DE ACCESO

P10 - MANTENIMIENTO DE CONTROL DE ACCESO			
OBJETIVOS DEL PROYECTO	Realizar mantenimiento correctivo y preventivo a los molinetes de las entradas del IDSN		
DOMINIOS DE LA NTC/ISO27001 RELACIONADOS	A.9 CONTROL DE ACCESO		
TIEMPO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Alto (9 a 12 meses)	COSTO APROXIMADO DE IMPLEMENTACIÓN	Muy Alto (mayor a \$50')
GRADO DE URGENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN	Alta	GRADO DE COMPLEJIDAD	Alta
ÁREAS INTERESADAS/STAKEHOLDERS:	GESTIÓN TECNOLÓGICA	SUPERVISIÓN DEL PROYECTO	OFICINA DE SISTEMAS
DESCRIPCIÓN/ALCANCE			
Realizar mantenimientos correctivos y preventivos a los molinetes de las entradas del IDSN, con el fin de garantizar su correcto funcionamiento y permitir el ingreso a la entidad a los estudiantes, contratistas, visitantes y funcionarios.			
POTENCIALES BENEFICIOS ESPERADOS			
Afinamiento a los dispositivos biométricos de control de acceso Mantenimiento preventivo y correctivo a los dispositivos y molinetes de la entrada Depuración de usuarios de la base de datos			
INDICADORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS			
Porcentaje de ejecución del cronograma del proyecto			

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

PROYECTOS RELACIONADOS	
P1 - ESTABLECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	
COMPONENTE DE GOBIERNO EN LÍNEA	
Seguridad y Privacidad de la Información	
ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO SECTORIAL	
PETI	
FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	
Financiamiento Recursos para la ejecución y desarrollo del proyecto Compromiso de las áreas interesadas Apoyo de la Dirección Nacional	
CAPACIDADES DE TI	Recurso Humano - Recurso Técnico - Tiempo
LÍDER DEL PROYECTO	Coordinador de la Oficina de Sistemas de Información – Grupo de Tecnologías de la Información

DEFINICIONES

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

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

Confidencialidad: La información no se pone a disposición ni se revela a individuos, entidades o procesos no autorizados.

Contratistas: Entenderemos por contratista aquella persona natural o jurídica que ha celebrado un contrato de prestación de servicios o productos con una entidad.

Control: Las políticas, los procedimientos, las prácticas y las estructuras organizativas concebidas para mantener los riesgos de seguridad de la información por debajo del nivel de riesgo asumido. Control es también utilizado como sinónimo de salvaguarda o contramedida.

En una definición más simple, es una medida que modifica el riesgo.

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Disponibilidad: Acceso y utilización de la información y los sistemas de tratamiento de la misma por parte de los individuos, entidades o procesos autorizados cuando lo requieran.

Guía: documento técnico que describe el conjunto de normas a seguir en los trabajos relacionados con los sistemas de información.

Integridad: Mantenimiento de la exactitud y completitud de la información y sus métodos de proceso.

Norma: Principio que se impone o se adopta para dirigir la conducta o la correcta realización de una acción o el correcto desarrollo de una actividad.

Parte interesada: (Stakeholder) Persona u organización que puede afectar a, ser afectada por o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o actividad.

Política del SGSI: Manifestación expresa de apoyo y compromiso de la alta dirección con respecto a la seguridad de la información.

Política: Es la orientación o directriz que debe ser divulgada, entendida y acatada por todos los miembros de la entidad.

Privacidad de datos: La privacidad de datos, también llamada protección de datos, es el aspecto de la tecnología de la información (TI) que se ocupa de la capacidad que una organización o individuo tiene para determinar qué datos en un sistema informático pueden ser compartidos con terceros

Procedimiento: Los procedimientos constituyen la descripción detallada de la manera como se implanta una política.

Riesgo: Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).

Rol: Papel, función que alguien o algo desempeña.

Seguridad de la información: Preservación de la confidencialidad, integridad, y disponibilidad de la información. (ISO/IEC 27000).

	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION GRUPO TIC	
---	--	---

Sistema de Gestión de Seguridad de la Información SGSI: Conjunto de elementos interrelacionados o interactuantes (estructura organizativa, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, procesos, procedimientos y recursos) que utiliza una organización para establecer una política y unos objetivos de seguridad de la información y alcanzar dichos objetivos, basándose en un enfoque de gestión y de mejora continua. (ISO/IEC 27000).

11. REFERENCIAS

IDSN Web Sitio. Obtenido de <http://www.idsn.gov.co/>

MINTIC, Sitio Web. Obtenido de <http://www.mintic.gov.co/>

PLAN DECENAL DE SALUD 2010 - 2020. Sitio Web Obtenido de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>