

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
<b>MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL</b>		
<b>De los miembros del Máximo Órgano Social</b>		
<b>Tratamiento equitativo</b>		
<b>Medida 1.</b> La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así para los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.	1	En el momento todos los socios poseen acciones ordinarias, nominativas y de capital según los estatutos, y en el Código de Buen Gobierno consta el deber de la Junta Directiva y de los altos funcionarios de dar un trato equitativo a todos los accionistas
Deber de información general: Preámbulo: La entidad promueve el principio general de que la información debe ir a los miembros del Máximo Órgano Social y no que éstos tengan que ir a la información. Transforma el derecho de éstos a recibir información en una obligación de la entidad de proveerla.		
<b>Medida 2.</b> La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención a relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones o plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad a aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable parte de los miembros del Máximo Órgano Social.	1	La Secretaría General es un canal de soporte e información a los socios y la Gerencia hace reuniones informativas periódicas dirigidas exclusivamente a los socios
<b>De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social</b>		
<b>Medida 3.</b> La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	0	La Asamblea no cuenta con un Reglamento. Su funcionamiento y temas como convocatoria y celebración, constan en los estatutos sociales
<b>Convocatoria</b>		
<b>Medida 4.</b> La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.	1	En la convocatoria a Asamblea se informa a los socios la facultad que durante el término legal tienen a su disposición los documentos exigidos por la ley y de manera previa a la reunión se les envía además la información pertinente
<b>Medida 5.</b> La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos: a) El orden del día, evitando menciones genéricas. b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión. c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece. d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.	1	La convocatoria se hace en los términos exigidos por la ley y los estatutos sociales, con lugar, fecha y hora de la reunión, indicaciones sobre el ejercicio del derecho de inspección conforme a la ley y dependencia ante la que se ejerce. El orden del día se incluye para las reuniones extraordinarias de la Asamblea de Accionistas.
<b>Celebración</b>		
<b>Medida 6.</b> Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del día establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del día una secuencia lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido.	1	Los temas a tratar en la Asamblea Extraordinaria de Accionistas se establecen con claridad en el orden del día
<b>Medida 7.</b> Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos: a) Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social. b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia. c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva. d) La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social. e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad. f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas.  Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.	1	En los estatutos sociales se establecen los temas que deben ser aprobados por la Asamblea de Accionistas, y comprenden los enunciados, salvo la designación del Gerente y su suplente y la fijación de su remuneración que corresponden a la Junta Directiva, así como la política de remuneración de la Alta Gerencia.

Representación y Asistencia		
<p><b>Medida 8.</b> Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.</p>	1	En la convocatoria se informa que los accionistas que no pudieren asistir personalmente, podrán hacerse representar mediante poder otorgado por escrito, con los requisitos previstos en el artículo 184 del Código de Comercio. Quienes representen personas jurídicas deben presentar un certificado de la entidad competente, con el fin de acreditar su representación.
<p><b>Medida 9.</b> La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.</p>	1	La Clínica suministra a los accionistas un modelo de poder para ser representados en Asamblea
<p><b>Medida 10.</b> El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados.</p>	1	Esta disposición no consta en Reglamento, pero todos los miembros de Junta son invitados a las reuniones de Asamblea y por regla general asisten a la misma.
De las funciones del Máximo Órgano Social		
<p><b>Medida 11.</b> Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular. El Máximo Órgano Social se encarga, entre otras actividades, de:</p> <p>a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos. b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria o extraordinaria. c) Examinar, aprobar a improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales. d) Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del Revisor Fiscal. e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas. f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.</p>	1	En los estatutos sociales se establecen los temas que deben ser aprobados por la Asamblea de Accionistas, y comprenden los enunciados, salvo la designación del Gerente y su suplente.
Conflictos de Interés		
Grupos Empresariales		
<p><b>Medida 12.</b> La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.</p>	1	En el momento que esto sucediera, se declararía la existencia de Grupo Empresarial
<p><b>Medida 13.</b> Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus Órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno —Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia - los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.</p>	N	
<p><b>Medida 14.</b> Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas, que regula:</p> <p>a) La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender. b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios. c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas. d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros. f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos. g) La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas. h) Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos. i) La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial sensibilidad y rigor la política de administración de conflicto de interés, para asegurar, entre otras cuestiones, que las operaciones propendan hacia precios y condiciones de mercado.</p>	N	

<b>Resolución de controversias</b>		
<b>Medida 15.</b> Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.	1	Los estatutos sociales consagran cláusula compromisoria para las diferencias que ocurran a los accionistas entre si o estos con la sociedad por razón del contrato social, durante la existencia de la sociedad, al tiempo de su disolución o en la etapa de liquidación
<b>ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN</b>		
<b>Junta Directiva u órgano equivalente</b>		
<b>Responsabilidades</b>		
<b>Medida 16.</b> Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar.	N	
<b>Medida 17.</b> Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes: a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. f) Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. i) Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. j) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. k) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva. l) Proponer los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. m) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. o) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers". p) Identificar las Partes Vinculadas. q) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia.	0	Muchas de las funciones relacionadas en la práctica se cumplen por la Junta Directiva, pero no todas se encuentran consagradas en los estatutos sociales.
<b>Medida 18.</b> La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: a) Política de inversiones en activos de la entidad. b) Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. c) Transacciones con bienes inmobiliarios. d) Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. e) Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.	0	La mayoría de estas políticas son definidas por los Altos ejecutivos y los casos particulares son sometidos a consideración de la Junta, de acuerdo con los dispuesto por los estatutos sociales.
<b>Conformación</b>		
<b>Medida 19.</b> Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.	1	La junta directiva se compone de (5) miembros principales y cinco (5) suplentes personales
<b>Medida 20.</b> La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta.	0	En el código de buen gobierno se señala como requisito adicional a los establecidos legalmente, la inclusión de miembros externos, pero no se exigen los requisitos mencionados en esta medida
<b>Medida 21.</b> Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.	0	Todos los miembros de Junta Directiva suscriben una carta de aceptación para el registro del nombramiento ante la Cámara de Comercio, pero no contiene toda la información señalada en esta medida

<p><b>Medida 22.</b> La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro a grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c) Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	0	La composición de la Junta Directiva está dividida en miembros externos e internos
<p><b>Medida 23.</b> El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.</p>	0	El reglamento de la Junta Directiva no contempla esta provisión
<p><b>Medida 24.</b> En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.</p>	1	En la Junta Directiva no hay Directores Ejecutivos según la definición de la Circular 003 de 2018
<p><b>Medida 25.</b> Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:</p> <p>a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.</p> <p>b) Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.</p> <p>c) Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	0	Esta definición no está contemplada en el Reglamento de la Junta Directiva
<p><b>Medida 26.</b> Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente.</li> <li>- 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes.</li> <li>- 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes.</li> <li>- 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.</li> </ul>	1	De los 5 miembros que componen la Junta Directiva, 4 son externos
<p><b>Medida 27.</b> La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:</p> <p>a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva (Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros).</p> <p>b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	0	La Clínica no cuenta con el procedimiento descrito
<b>Elección de Directores</b>		
<p><b>Medida 28.</b> La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p>	0	La Clínica no cuenta con el procedimiento descrito
<p><b>Medida 29.</b> La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el Órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.</p>	0	La conformación de la Junta Directiva es decidida por los accionistas reunidos en Asamblea
<p><b>Medida 30.</b> El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.</p>	0	La conformación de la Junta Directiva es decidida por los accionistas reunidos en Asamblea
<b>Reglamentos y Declaraciones</b>		

<b>Medida 31.</b> Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada. Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.	0	Los actuales miembros de Junta no han hecho esta declaración al asumir su cargo
<b>Medida 32.</b> La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.	0	La Junta Directiva cuenta con un Reglamento pero no ha sido difundido entre los miembros del Máximo órgano social
<b>Funcionamiento</b>		
<b>Medida 33.</b> El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.	0	Pese a no constar en un plan de trabajo, la Junta Directiva se reúne de manera ordinaria mensualmente
<b>Medida 34.</b> La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	1	La Junta Directiva se reúne de manera ordinaria mensualmente y hace seguimiento de la estrategia
<b>Medida 35.</b> El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	1	Los miembros de Junta Directiva reciben de manera previa a las reuniones, el acta de la última reunión y la información que según el caso, deban conocer con antelación.
<b>Medida 36.</b> Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como Órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.	0	La Junta Directiva no realiza esta evaluación
<b>Medida 37.</b> La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	1	La Junta Directiva valida periódicamente los estándares de calidad y hace seguimiento a los mismos
<b>Comités</b>		
<b>Medida 38.</b> La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.	0	Actualmente la Junta Directiva nombre comisiones para temas específicos, pero no operan con todas las formalidades descritas
<b>Medida 39.</b> Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, Si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.	0	Según respuesta anterior, los comités no operan con todas las formalidades descritas
<b>Medida 40.</b> Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.	0	La Junta nombra las comisiones antes mencionadas, pero no con presidentes
<b>Medida 41.</b> Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	0	Esta medida no se cumple en la actualidad
<b>Medida 42.</b> Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	1	Las comisiones de la Junta involucran por lo menos a dos miembros independientes
<b>Medida 43.</b> La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.	0	No se cuenta con comité de calidad designado por la Junta Directiva.
<b>Comité de Contraloría Interna</b>		

<p><b>Medida 44.</b> El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.</p>	0	No se cuenta con comité de Contraloría Interna desingado por la Junta Directiva
<p><b>Medida 45.</b> Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <p>a) Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.</p> <p>b) Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.</p> <p>c) Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.</p> <p>d) Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.</p> <p>e) Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre a custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.</p> <p>f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios.</p> <p>g) Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad.</p> <p>h) Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones.</p> <p>i) Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.</p> <p>j) Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.</p> <p>k) Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.</p>	0	No se cuenta con comité de Contraloría Interna desingado por la Junta Directiva
<p><b>Medida 46.</b> En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p> <p><b>Comité de Gobierno Organizacional</b></p>	0	No se cuenta con comité de Contraloría Interna desingado por la Junta Directiva
<p><b>Medida 47.</b> El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos de gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al Órgano directivo. En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	0	El reglamento de la Junta Directiva no contempla esta actividad
<p><b>Medida 48.</b> El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <p>a) Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse.</p> <p>b) Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo.</p> <p>c) Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los adm in istradores.</p> <p>f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.</p> <p>g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.</p> <p>h) Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo medico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad.</p> <p>i) Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica.</p> <p>j) Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento.</p> <p>k) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencia.</p>	0	la Clínica no cuenta con un Comité de Gobierno Organizacional
<p><b>Comité de Riesgos</b></p>		

<p><b>Medida 49.</b> El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.</p>	0	<p>El reglamento de La Junta Directiva no describe la creación de un Comité de Riesgos; sin embargo desde la Gerencia, si se tiene creado un comité de riesgos conformado por líderes de la organización con formación en diferentes campos, tales como salud ocupacional, epidemiología, finanzas, fraude e informática entre otros, el cual se reúne trimestralmente y evalúa con el apoyo del asesor externo del corredor de seguros la gestión de los riesgos y las amenazas que afectan el cumplimiento de las políticas y la planeación estratégica. Una vez el mapa de riesgos estratégico esta verificado en el comité de Gerencia, se presenta ante la Junta Directiva para su socialización y validación.</p>
<p><b>Medida 50.</b> Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <p>a) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.</p> <p>b) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS.</p> <p>c) Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia.</p> <p>d) Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.</p> <p>e) Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).</p>	1	<p>Se tiene el comité de riesgos general en donde se revisa los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de la planeación estratégica, en donde se define el manejo de dichos riesgos (su plan de mitigación) y define las políticas de medición y seguimiento a la gestión de riesgos y existe un comité especial solo para la gestión del riesgo clínico, en donde se definen planes de mitigación para los eventos adversos y periódicamente en el comité ampliado de gerencia se revisa el cumplimiento de los indicadores asociados a la planeación estratégica, aquellos que son de ley y los que la Gerencia considera importante monitorear. El Comité de Gestión del Riesgo Clínico lidera todo lo relacionado con la seguridad del paciente y esta a su vez hace parte del comité de riesgos general, que es la Jefe de Vigilancia Epidemiológica y en el comité ampliado de gerencia, en donde se revisan todos los indicadores de la organización, se incluyen los relacionados con la seguridad y la atención del paciente.</p>
<b>Comité de Conducta</b>		
<p><b>Medida 51.</b> El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	0	<p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta</p>
<p><b>Medida 52.</b> Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <p>a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.</p> <p>b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.</p> <p>c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.</p> <p>d) Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</p>	0	<p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta</p>
<p><b>Medida 53.</b> El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.</p>	0	<p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta</p>
<p><b>Medida 54.</b> El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).</p>	0	<p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta</p>
<p><b>Medida 55.</b> Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:</p> <p>a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas.</p> <p>b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.</p> <p>d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.</p> <p>e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.</p> <p>f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).</p> <p>g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes</p> <p>h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos).</p> <p>i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos a convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir a falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.</p>	0	<p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta</p>
<b>ÓRGANOS DE CONTROL</b>		
<b>Principios</b>		

<p><b>Medida 56:</b> La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:</p> <p><b>Autocontrol:</b> Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivas en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades. En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los límites por ella establecidos.</p> <p><b>Autoregulación:</b> Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.</p> <p><b>Autogestión:</b> Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.</p> <p>Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.</p>	1	<p>La organización tiene documentado todos sus procesos y actividades, dentro de cada estándar, documentos de apoyo o manuales y estos a su vez soportan todo el SCI de los procesos y en algunos se encuentra identificado sus riesgos más importantes y los controles asociados a ello. Se cuenta con un área de Control Interno que evalúa la eficacia y eficiencia de los controles según el plan de auditoría anual y del cual se diseñan programas de auditoría, que una vez ejecutados se generan informes con los hallazgos y las acciones de mejora a implementar, previamente analizados con los líderes de los procesos implicados y así se refuerza el SCI. Desde el área de Control Interno también se imparte capacitaciones sobre autocontrol y gestión del riesgo a los procesos de apoyo que son sensibles a la prestación del servicio, según el plan de auditoría anual</p>
<b>Elementos del Sistema de Control Interno</b>		
<p><b>Medida 57:</b> La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes</p>	1	<p><b>Ambiente de Control:</b> La institución tiene definidos los principios y valores en el plan estratégico, para cada cargo se tienen definidos los perfiles, funciones y competencias, se tiene adoptado e implementado el programa anual de capacitaciones, los procesos de inducción, re inducción y entrenamiento y el programa de bienestar laboral.</p> <p><b>Gestión de Riesgos:</b> Se cuenta con la política de gestión del riesgo, el Manual para su implementación y las matrices de riesgos por proceso. Adicionalmente se tienen implementado el programa de seguridad del paciente para gestionar los riesgos asociados a la atención del paciente y el plan de trabajo del comité de riesgos y el acompañamiento por parte del corredor de seguros.</p> <p><b>Actividades de Control:</b> Se tiene implementado el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad a partir del cual se hacen auditorías a los procesos asistenciales, se realizan controles a los procesos desde las áreas de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, Servicio Farmacéutico, Vigilancia Epidemiológica, Calidad y Control Interno y se realiza seguimiento periódico a los planes de mejoramiento. El área de Control Interno ejecuta dentro de su plan de auditoría anual actividades de monitoreo a los riesgos de los procesos administrativos y financieros.</p> <p><b>Información y Comunicación:</b> La institución tiene un Centro de Administración Documental para el manejo de la correspondencia (ventanilla única) de tal manera que no haya contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés. La organización tienen asociados procesos, procedimientos y guías donde se establece el manejo de los recursos físicos y humanos de la organización están y su adecuada utilización. La entidad tiene a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, cartelera comunitarias, buzón de sugerencias, correo electrónico, entre otros. SE dispone además de la Línea única nacional gratuita <b>018000423753</b></p> <p><b>+D86</b></p> <p><b>Evaluaciones Independientes:</b> Las evaluaciones independientes son realizadas por los asesores externos de seguros para el tema de riesgos y por la Revisoría Fiscal y otras auditorías especiales realizadas por el área de Control Interno y algún experto requerido según la necesidad como el caso de SARLAFT para el cual se contrato un experto en el tema para realizar la evaluación.</p>
<b>Ambiente de control</b>		



<p><b>Medida 58.</b> En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <p>a) Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.</p> <p>b) Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.</p> <p>c) Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI.</p> <p>d) Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.</p> <p>Se entiende por <b>objetivos operativos</b> aquellos que se refieren a la utilización eficaz y eficiente de los recursos en las operaciones de la entidad. Deben reflejar la razón de ser de las organizaciones y van dirigidos a la consecución del objeto social.</p> <p>Los <b>objetivos de reporte o de información</b> consisten en la preparación y publicación de informes de gestión en salud y estándares de resultados en salud, estados financieros y otros informes que divulga la entidad.</p> <p>Los <b>objetivos de cumplimiento</b> se refieren a aquellos que pretenden asegurar el cumplimiento por parte de la entidad de las normas legales y los reglamentos que le sean aplicables.</p> <p>Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica.</p>	<p>1</p>	<p>La institución tiene definidos los principios y valores en el plan estratégico, para cada cargo se tienen definidos los perfiles, funciones, competencias, niveles de autoridad y responsabilidades según el rol y las metas a alcanzar según los objetivos estratégicos para el área en la que se desempeña, se tiene adoptado e implementado el programa anual de capacitaciones, los procesos de inducción, re inducción y entrenamiento y el programa de bienestar laboral. Existe un código de buen gobierno. Los tres tipos de objetivos están definidos en la organización desde la elaboración del presupuesto en donde se definen las metas financieras y en las metas de los indicadores de gestión en donde se mide el cumplimiento con los estándares clínicos y el cumplimiento con la planeación estratégica, la cual se despliega a toda la organización.</p>
<p><b>Gestión de riesgos</b></p> <p><b>Medida 59.</b> La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> <p>a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.</p> <p>b) Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.</p> <p>c) Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa; sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.</p> <p>d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.</p> <p>e) Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.</p> <p>f) Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal.</p> <p>g) Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.</p> <p>h) Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el Costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente.</p>	<p>1</p>	<p>La gestión de riesgos que tiene la Clínica se realiza conforme a los lineamientos definidos en este numeral según la norma y se realiza con el acompañamiento de un Asesor Externo del Corredor de Seguros experto en riesgos, tomando como base la planeación estratégica definida por la organización y los resultados obtenidos en los indicadores durante el periodo, dentro de los riesgos analizados están las fallas durante la prestación del servicio, falta de capital de trabajo, obsolescencia de equipo biomédico, etc. Como resultado de la evaluación se elabora un mapa de riesgos gráfico con el cual se define el plan de mitigación según el tipo de riesgo. El seguimiento de los riesgos también es realizado por el Asesor Externo, conforme a unos procedimientos de inspección elaborados por ellos, e igualmente se complementa con los hallazgos y análisis de la Revisoría Fiscal en cuanto a la parte financiera. Cada líder que hace parte del comité de riesgo y es experto en determinado tipo de riesgo, tienen otros comités donde analizan y gestionan sus propios riesgos desde un nivel más bajo, con el fin de que no lleguen a convertirse en amenazas que afecten la continuidad del negocio.</p>
<p><b>Actividades de control</b></p>		
<p><b>Preámbulo:</b> Las actividades de control son el desarrollo de las políticas y los procedimientos que deben seguirse para lograr que las instrucciones de la administración con relación a sus controles se cumplan.</p> <p>Las actividades de control son seleccionadas y desarrolladas considerando la relación beneficio/costo y su potencial de efectividad para mitigar los riesgos que afecten en forma material el logro de los objetivos de la organización. Dichas actividades implican una política que establece lo que debe hacerse y, adicionalmente, los procedimientos para llevarla a cabo. Todas estas actividades deben tener como principal objetivo la determinación y prevención de los riesgos (potenciales a reales), errores, fraudes u otras situaciones que afecten o puedan llegar a afectar la estabilidad y/o el prestigio de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>Los procesos se encuentran documentados en cada una de sus actividades desde el Sistema Integral de Calidad y se publican en la Intranet. Se tienen mapas de riesgos por procesos según las actividades y a través de auditorías como las que ejecuta el área de Calidad y Control Interno, se verifica la eficacia de los controles en cuanto a la mitigación de los riesgos evaluados y según el plan de auditoría que rota por ciclos de negocios cada año. En la medida en que cambian los procesos, dichas actividades de control se evalúan y se redefinen con sus respectivos responsables.</p>

<p><b>Medida 60.</b> La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como las siguientes:</p> <p>a) Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en las resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios.</p> <p>b) Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.</p> <p>c) Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.</p> <p>d) Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información.</p> <p>e) Segregación de funciones.</p> <p>f) Acuerdos de confidencialidad.</p> <p>g) Procedimientos de control aleatorios.</p> <p>h) Difusión de las actividades de control.</p>	<p>1</p>	<p>Dentro de las actividades de control existen controles preventivos, correctivos y detectivos según el objetivo de riesgos, estos a su vez incluyen una adecuada segregación de funciones, niveles de autorización, comités donde se discuten los informes de auditoría y se escalan jerárquicamente según el caso, existen niveles de aprobación por montos y topes, auditorías externas como Revisoría Fiscal verifica los controles del sistema y recomienda, existen políticas de restricción de acceso al área física.</p>
<b>Información y Comunicación</b>		
<b>Información</b>		
<p><b>Medida 61.</b> Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo. La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <p>a) Identificar la información que se recibe y su fuente.</p> <p>b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.</p> <p>c) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.</p> <p>d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.</p> <p>e) Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.</p> <p>f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.</p> <p>g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.</p> <p>h) Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo.</p> <p>i) Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros).</p> <p>j) Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda).</p> <p>k) Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia.</p> <p>l) Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros.</p> <p>m) Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento.</p> <p>n) Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.</p>	<p>1</p>	<p>Aunque se cumple con la mayoría de los ítems, se deben impletar y/o actualizar puntos como: Actualizar los flujos de información, con sus respectivas identificación, fuente y salida. Definir un procedimiento de control de copias controladas, entre otras</p>
<p><b>Medida 62.</b> Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resulten necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con un proceso documentando y divulgado de manejo y custodia de la información, y la verificación de nuevas normas y velar por su cumplimiento a nivel de salud están a cargo del área de Calidad y en cuenta a lo financiero y tributario lo realiza el área de Control Interno y de la parte legal la Abogada.</p>
<p><b>Medida 63.</b> A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tienen acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con un proceso documentando y divulgado de manejo y custodia de la información, los sistemas de información cuentan con perfiles de usuario para el acceso a las aplicaciones.</p>
<p><b>Medida 64.</b> A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	<p>1</p>	<p>Las transacciones se procesa de manera sistemática y con controles automáticos del sistema de información que es SERVINTE y cumpliendo con las NIC, las cuales son auditadas y certificadas por la Revisoría Fiscal.</p>

<p><b>Medida 65.</b> Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p>	1	El proceso de seguridad de la información esta conforme a las normas y se encuentra documentado con sus respectivos controles en la intranet.
<b>Comunicación</b>		
<p><b>Medida 66.</b> Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.</p>	1	La entidad tiene a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, carteleras comunitarias, buzón de sugerencias, correo electrónico, mensajería instantánea, carteleras físicas y virtuales, entre otros. Se dispone además de la Línea única nacional gratuita 018000423753. Existen manuales donde se describe todo el manejo y control de la información de la organización tanto interna como externa.
<p><b>Medida 67.</b> Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <p>a) Canales de comunicación.  b) Responsables de su manejo.  c) Requisitos de la información que se divulga.  d) Frecuencia de la comunicación.  e) Responsables.  f) Destinatarios.  g) Controles al proceso de comunicación.</p> <p>Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, la oportunidad, la veracidad, la suficiencia y, en general, el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.</p>	1	<p>La institución cumple con la adecuada administración de la comunicación porque cumple con los siguientes aspectos:</p> <p>a) Canales de Comunicación: tiene implementados y funcionando diferentes canales de comunicación con sus públicos de interés, entre los que se destacan el sitio web: <a href="http://www.clinicamedellin.com">www.clinicamedellin.com</a>, la línea única Nacional 01800 423 753, central de citas para pacientes, línea ética, entre otros.  b) Responsables de su manejo: Existe Un Departamento de comunicaciones que se encarga de articular todos los medios y canales de comunicación con los diferentes públicos de interés con el objetivo de darles uniformidad y carácter de institucionalidad  c) Requisitos de la información que se divulga: Existe un Documento de Apoyo DA- 001 V.2 (Manual de Comunicaciones) que establece y unifica las normas generales que se deben aplicar para estandarizar las comunicaciones de la institución.  d) Frecuencia de la Comunicación: esta es definida de acuerdo a la necesidad de la misma con cada uno de los públicos de interés.  e) Responsables: Gerencia, Dirección Médica, Secretaría General, Departamento de Comunicaciones, Gestión Humana.  f) Destinatarios: Público interno y Externo  g) Controles al proceso: La adecuada administración de los documentos se encuentra debidamente documentada en manuales donde se definen los responsables, tablas de retención documental, controles, frecuencias, entre otros y se socializa con todos los colaboradores.</p>
<b>Monitoreo</b>		
<p><b>Medida 68.</b> La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas.</p> <p>Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	1	Se ejercen actividades de auditoría interna y externa, que permanentemente monitorean la efectividad de los controles desde el área de Calidad, Control Interno, Revisoría Fiscal, Auditores Externos y Asesores Externos. Adicional al seguimiento realizado a los planes de mejoramiento, se monitorizan los procesos a través de la medición de indicadores trazadores.
<b>Evaluaciones independientes</b>		
<p><b>Medida 69.</b> La entidad utiliza empresas de Auditoría Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloría Interna, y haciéndoles seguimiento.</p>	1	Contamos con la Revisoría Fiscal, que ejerce una actividad de auditoría independiente de la Clínica y sus informes son socializados a la auditoría interna, la Gerencia y la Junta Directiva.
<b>Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno</b>		
<p><b>Preámbulo:</b> El SCI debe abarcar todas las áreas de la organización, aplicando para cada una de ellas los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información, comunicación y otros fundamentos del sistema. No obstante, por su particular importancia se considera pertinente entrar a analizar algunos aspectos del SCI relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnológica.</p>	1	Las políticas del SIC incluyen los procesos de salud, financieros, administrativos y tecnológicos.
<b>Control interno en la gestión de salud</b>		
<p><b>Medida 70.</b> La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.</p>	1	Se cuenta con registro de indicadores de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), se hacen los reportes obligatorios en el marco de la resolución 256. los resultados son sustentados por los responsables ante la Dirección médica y los indicadores de la línea estratégica de gestión clínica, van a revisión por la gerencia

<p><b>Medida 71.</b> Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.</p>	0	<p>Los informes de auditoría interna a la calidad en salud que se realizan en el marco del PAMEC, son presentados solamente antes los jefes asistenciales; no llegan a nivel de gerencia ni junta directiva.</p>
<p><b>Políticas de gestión en salud</b></p>		
<p><b>Medida 72.</b> La Junta Directiva u Órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refieren, cuando menos a: a) Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c) Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d) Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e) Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios. f) Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.</p>	0	<p>Cumpe parcial: al no cumplirse al 100% este estándar se califica como 0. Se ejecutan pero los informes no se llevan a la Junta Directiva. Las políticas que pide el estándar son:  <b>a) Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar:</b> están definidos y se hace seguimiento  <b>b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos:</b> Se cuentan con indicadores de estructura, proceso y resultados  <b>c) Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente:</b> en comité de gerencia y en el grupo primario de la Dirección médica se hace seguimiento a los indicadores, las acciones de mejora implementadas por los jefes frente a este análisis, no siempre quedan documentadas.  <b>d) Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción:</b> Se cuenta con plan anual de auditorías internas; el cual se cumple a cabalidad  <b>e) Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios:</b> Plan de formación y entrenamiento al personal liderado por gestión humana  <b>f) Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios:</b> estas actividades lideradas desde el comité de gestión del riesgo clínico y el Departamento de enfermería</p>
<p><b>Control interno en la gestión financiera</b></p>		
<p><b>Medida 73.</b> Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u Órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	1	<p>La información financiera es presentada mensualmente ante la Junta Directiva con sus respectivas notas explicatorias y son validado por la Jefe de Contabilidad y en algunas cuentas importantes por la Auditoría Interna y anualmente se presenta los Estados Financieros debidamente certificados por la Revisoría Fiscal ante la Asamblea General, los cuales son anterioridad son puestos a disposición de manera detallada a todos los socios para responder preguntas con respecto a la información presentada, en caso de que tengan.</p>
<p><b>Medida 74.</b> Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u Órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.</p>	1	<p>Los informes son presentados periódicamente por la Administración ante la Junta Directiva que es el máximo órgano de la organización designado por la Asamblea, al igual que los casos de fraude los cuales se acompañan de informes de la Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna.</p>
<p><b>Políticas contables</b></p>		
<p><b>Medida 75.</b> La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera. i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.</p>	1	<p>Aplicamos todas las políticas de control adoptadas por las NICS y las NIAS, que incluyen entre otros los que se describen en este punto.</p>
<p><b>Control Interno para la gestión de la tecnología</b></p>		
<p><b>Medida 76.</b> La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.</p>	1	<p>Existen manuales para el manejo y control sobre la Gestión Tecnología y a través de auditorías externas aplicadas por expertos y la Revisoría Fiscal se valida su cumplimiento y eficacia y de los cuales se reciben informes que son discutidos con el responsable del proceso.</p>
<p><b>Políticas de tecnología</b></p>		

<p><b>Medida 77.</b> La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Administración de proyectos de sistemas.</li> <li>b) Administración de la calidad.</li> <li>c) Adquisición de tecnología.</li> <li>d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación.</li> <li>e) Instalación y acreditación de sistemas.</li> <li>f) Administración de cambios.</li> <li>g) Administración de servicios con terceros.</li> <li>h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica.</li> <li>i) Continuidad del negocio.</li> <li>j) Seguridad de los sistemas.</li> <li>k) Capacitación y entrenamiento de usuarios.</li> <li>l) Administración de los datos.</li> <li>m) Administración de instalaciones.</li> <li>n) Administración de operaciones de tecnología y documentación.</li> </ul> <p>Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.</p>	0	<p>El comité de gestión de la tecnología al igual que otros temas que eran del alcance de Acreditación, se eliminaron una vez la Clínica tomó la decisión de no continuar con el proceso de acreditación en salud</p>
<p><b>Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno</b></p>		
<p><b>Junta Directiva u Órgano equivalente</b></p>		
<p><b>Medida 78.</b> En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u Órgano equivalente es la instancia responsable de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.</li> <li>b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya.</li> <li>c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo.</li> <li>d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.</li> <li>e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto.</li> <li>f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.</li> <li>g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.</li> <li>h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario.</li> <li>i) Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración.</li> <li>j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos.</li> <li>k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente.</li> <li>l) Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento.</li> <li>m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los</li> </ul>	0	<p>No se tiene definido estas actividades dentro de las funciones de la Junta Directiva.</p>
<p><b>Representante Legal</b></p>		
<p><b>Medida 79.</b> En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</li> <li>b) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.</li> <li>c) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.</li> <li>d) Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</li> <li>e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.</li> <li>f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</li> <li>g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.</li> <li>h) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</li> <li>i) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad.</li> <li>j) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada.</li> <li>k) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que</li> </ul>	0	<p>Desde la Gerencia se lidera y aprueba todas las políticas y estrategias que fortalecen el SCI y proporciona los recursos para su ejecución; pero no se tiene activas todas las medidas aquí descritas.</p>

<p><b>Medida 80.</b> El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás Órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.</p>	1	<p>Todas las transacciones y decisiones del Representante Legal se encuentran debidamente soportadas y documentadas a través de cartas, memorandos, actas del comité de Gerencia, Junta Directiva y Asamblea. Adicionalmente toda la información de la institución se pone a disposición para la Auditoría Interna, la Revisoría Fiscal y todos los documentos que soportan el SCI; de lo cual la Revisoría Fiscal emite anualmente un informe sobre la validación de todo el SCI y la eficacia de los controles según el ciclo de los procesos a auditar</p>
<p><b>Departamento de Contraloría Interna u Órgano que cumpla funciones equivalentes</b></p>		
<p><b>Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna</b></p>		
<p><b>Objetivo y responsabilidad</b></p>		
<p><b>Medida 81.</b> Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.</p>	0	<p>Se tienen los documentos pero no están aprobados por la Junta Directiva, sino por la Gerencia.</p>
<p><b>Independencia y objetividad</b></p>		
<p><b>Medida 82.</b> La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses. Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	0	<p>Se tiene definido un área como Control Interno que hace sus veces de Auditoría Interna, haría falta definir funciones y limitar responsabilidades, pero las dos áreas no existen dentro de la compañía.</p>
<p><b>Medida 83.</b> El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u Órgano equivalente.</p>	0	<p>No se tiene definido esta actividad en cabeza de la Junta Directiva.</p>
<p><b>Pericia y debido cuidado profesional</b></p>		
<p><b>Medida 84.</b> Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p>	0	<p>No se tiene Auditoría Interna sino Control Interno y es el área encargada de realizar actividades de auditoría interna y se tiene definido un perfil para el desempeño en el cargo con el fin de tener un funcionario con idoneidad.</p>
<p><b>Programa de calidad y cumplimiento</b></p>		
<p><b>Medida 85.</b> El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	0	<p>La actividad de control interno y auditoría interna se ejecutan en la misma área.</p>
<p><b>Administración de la actividad</b></p>		
<p><b>Medida 86.</b> El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades: a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva. b) Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos. c) Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos. d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.</p>	0	<p>No hay auditoría interna, pero parte de estas medidas anotadas en el numeral 86, se realizan desde el área de Control Interno, como la elaboración de un plan anual de auditoría, políticas y generación de informes; pero no existe un comité de Contraloría Interna, los requerimientos se comunican a la Gerencia al igual que los resultados de los informes, pero no a la Junta Directiva.</p>
<p><b>Funciones</b></p>		

<p><b>Medida 87.</b> La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> <p>a) Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva.</p> <p>b) Sistema de Control Interno: La actividad de contraloría interna asiste a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad.</p> <p>c) Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización.</p> <p>d) El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado.</p> <p>e) Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno, o quien haga sus veces, presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas a materias objeto del examen, el período y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno.</p> <p>ii. Especificación respecto a que las siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u órgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la</p>	0	Aunque se cumple con las medidas anotadas en el numeral 87, no se tiene de manera independiente el área de Control Interno y Auditoría Interna.
<b>Organos Externos</b>		
<b>Revisor Fiscal</b>		
<p><b>Medida 88.</b> El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen.</p> <p>El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales. De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	1	Cada año el Revisor Fiscal evalúa la eficacia del SCI y genera informes sobre ello, los cuales presenta a la Gerencias, cumple con los criterios de independencia y a la fecha han rotado de manera periódica por que se nombran personas jurídicas.
<b>GRUPOS DE INTERES</b>		
<b>Rendición de Cuentas</b>		
<b>Frente al Público</b>		
<p><b>Medida 89.</b> En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.</p>	N	
<b>Frente a las Autoridades Locales</b>		
<p><b>Medida 90.</b> La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <p>a) Coordinación de actividades de salud pública.</p> <p>b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos.</p> <p>c) Sistema de atención al usuario.</p> <p>d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.</p> <p>Esta medida aplica únicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.</p>	0	La Junta no designa estos interlocutores, pero a nivel administrativo se tienen los siguientes: <b>a) Coordinación de actividades de salud pública:</b> Jefe de vigilancia epidemiológica para temas relacionados con enfermedades de interés en salud pública; y/o jefe de calidad <b>b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos:</b> jefe de atención al usuario <b>c) Sistema de atención al usuario:</b> se cuenta con personal y línea única nacional ya descrita <b>d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor:</b> el Jefe de calidad lidera temas habilitatorios y demás requisitos legales así como auditorías con entres de control
<b>Frente a la comunidad científica y médica</b>		
<p><b>Medida 91.</b> La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:</p> <p>a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud.</p> <p>b) Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.</p>	N	
<b>Frente a la Superintendencia Nacional de Salud</b>		
<p><b>Medida 92.</b> La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.</p>	1	La Clínica hace los reportes legalmente exigibles a la Superintendencia
<b>Transparencia en la Contratación de Personal Médico</b>		
<p><b>Medida 93.</b> La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.</p>	1	La Clínica cuenta con un Reglamento para el Ejercicio de la medicina, aprobado por la Junta directiva y la Asamblea de Accionistas en el cual se señalan los requisitos de ingreso de todas las categorías de miembros del cuerpo médico
<b>Transparencia en la Política de Compras</b>		

<p><b>Medida 94.</b> La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	0	Se cuenta con política de compras la cual es aprobada por la Gerencia, no por la Junta Directiva
<b>REVELACIÓN DE INFORMACIÓN</b>		
<b>Política General de Revelación de Información</b>		
<p><b>Medida 95.</b> La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:  a) Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información.  b) La información que se debe revelar.  c) La forma como se debe revelar esa información.  d) A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders).  e) En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia.  f) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada.  g) Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.</p>	0	La Clínica no cuenta con una política de revelación de información
<b>Frente a las Autoridades</b>		
<p><b>Medida 96.</b> La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público en general.</p>	1	La Contraloría Interna y la Revisoría Fiscal hacen una evaluación independiente y dentro de su trabajo incluyen la revisión de datos en salud, pero no con una cobertura del 100%, están enfocados a todo lo que tenga que ver con revelaciones financieras que a su vez se reportan a la SuperSalud.
<b>Frente al Público</b>		
<b>Información sobre la entidad</b>		
<p><b>Medida 97.</b> La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces:</p>	1	La entidad cuenta con el sitio web : www.clinicamedellin.com en el que hay dispuesta información relevante de la institución y adicionalmente se encuentra publicada la política de protección de datos de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Protección de Datos Personales reglamentado por la Constitución Política Nacional, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás preceptos normativos
<b>Información de la Entidad</b>		
<p>La página web cuenta con una sección "acerca de la entidad" que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.</p>	1	En el sitio web de la Clínica Medellín hay una sección llamada "Institución#" en la que hay información sobre la historia, las sedes, la plataforma estratégica, los reconocimientos, entre otras.
<b>Información sobre los miembros o propietarios</b>		
<p>La página web cuenta con una sección "acerca de los miembros o propietarios" donde:  a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones.  b) Las cooperativas y mutuales indican el número de miembros, discriminando las personas naturales y jurídicas. Explican el perfil de las personas naturales afiliadas (estadísticas sobre profesiones u ocupaciones, departamentos o ciudades de residencia, u otros datos que se consideren pertinentes). E identifican las personas jurídicas afiliadas.  c) Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja.</p>	0	Esta información no se encuentra en el sitio web de la entidad
<b>Información sobre la administración</b>		
<p>La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva (u órgano equivalente), y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen las principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen o han pertenecido a otras Juntas Directivas.</p>	0	Esta información no se encuentra en el sitio web de la entidad
<b>Información sobre los órganos de control</b>		
<p>La IPS identifica en su página web la entidad o la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica, asimismo, las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia.</p>	0	Esta información no se encuentra en el sitio web de la entidad
<b>Información sobre los usuarios</b>		
<p>Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.</p>	0	Esta información no se encuentra en el sitio web de la entidad
<b>Información sobre Salud</b>		



<p><b>Medida 98.</b> La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <p>a) Servicios habilitados y en operación.  b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados.  c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud.  d) Información sobre el recurso humano de la institución.  e) Actividades de promoción y prevención de la salud.  f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.</p>	0	Esta información no se encuentra publicada en la página web
<b>Información Financiera</b>		
<p><b>Medida 99.</b> La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	1	En el sitio web están publicados los estados financieros presentados a la Superintendencia Nacional de Salud en los últimos 3 años
<b>Frente a los miembros del Máximo Órgano Social</b>		
<b>Informe de Gobierno Organizacional</b>		
<p><b>Medida 100.</b> La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio.  Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p>	1	Anualmente se prepara un informe de gestión que es primero presentado a la Junta Directiva para su aprobación y posteriormente entregado a los socios para ser evaluado y aprobado en la Asamblea Ordinaria de Accionistas
<p><b>Medida 101.</b> La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:</p>		
<p><u>Estructura de la propiedad de la entidad a Grupo Empresarial.</u>  a) Capital y estructura de la propiedad de la entidad.  b) Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores a igual al 5%), directas e indirectas.  c) Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen.  d) Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí.  e) Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad.  f) Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento.  g) Acciones propias en poder de la entidad.</p>	0	El informe anual de gestión se ajuste a las exigencias legales actuales
<p><u>Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial.</u>  a) Composición de la Junta Directiva e identificación del origen a procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores.  b) Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva.  c) Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio.  d) Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales).  e) Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta.  f) Proceso de nombramiento de los Directores.  g) Política de remuneración de la Junta Directiva.  h) Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia.  i) Quórum de la Junta Directiva.  j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités</p>		
<b>Salvedades del Revisor Fiscal</b>		
<p><b>Medida 102.</b> De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.</p>	1	En caso de ser necesario la Revisora Fiscal tiene la facultad para citar en el momento que lo requiera a la Junta Directiva o Asamblea y anualmente emitir informes sobre los estados financieros auditados y a la fecha no hemos tenido informes con salvedades.
<b>Partes Vinculadas</b>		
<p><b>Medida 103.</b> Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.</p>	N	
<b>Grupos Empresariales</b>		
<p><b>Medida 104.</b> En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.</p>	N	

MEDIDAS DE CONDUCTA

<p><b>Medida 105.</b> La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.</p>	<p>1</p>	<p>Existe un línea ética que se gestiona permanentemente, y además existe un Código de ética aprobado por la Asamblea de Accionista</p>
<p><b>Medida 106.</b> Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes Ordenes temáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.).</li> <li>b) Direccionamiento estratégico de la entidad.</li> <li>c) Los principios éticos.</li> <li>d) Los valores institucionales.</li> <li>e) Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en la que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros.</li> <li>f) Política anti-soborno y anti-corrupción de la entidad.</li> <li>g) Principios de responsabilidad social empresarial.</li> <li>h) Los mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.</li> <li>i) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.</li> </ul>	<p>0</p>	<p>En el Código de ética y en la estrategia se contemplan varios de estos lineamiento, pero no la totalidad de los mismos</p>
<p><b>Medida 107.</b> Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales a sospechosas de los diferentes grupos de interés.</li> <li>b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.</li> <li>c) La importancia de colaborar con las autoridades.</li> <li>d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</li> </ul>	<p>0</p>	<p>Se cumple con dichos lineamientos, pero no se encuentran formalizados por escrito.</p>







































