

CONVENCIONES: 1: CUMPLE 0: NO CUMPLE N: NO APLICA

Elaboró: Luisa Tamayo Almanza Revisó: Luz Eugenia Echeverri. Actualizado: 08-10-2020

GRUPO	ESTANDAR	MEDIDA	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
	1.1. De los miembros del Máximo Organo Social. 1.1.1. Tratamiento equitativo	Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Organo Social que, dentro de una misma categoría, determinadas así por los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ella suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.	1	El máximo organo social corresponde a la Asamblea General de Accionistas, los cuales son citados de manera ordinaria u extraordinaria según la necesidad y se hace la convocatoria de manera directa a cada uno de los miembros, en los que se expone el orden del día en las citaciones que se envían a cada uno de ellos, lo que corrobora que la información a suministrar es de manera compartida y en iguales terminos	
	1.2. Deber de información general	Preámbulo: La entidad promueve el principio general de que la información debe ir a los miembros del Máximo Organo 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. Para alcanzar este objetivo se contempla la siguiente medida: Medida 2. La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y usa dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Organo Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención a relaciones con miembros del Máximo Organo Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones a 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 por parte de los miembros del Máximo Organo Social.	1	La entidad no cuenta con mecanismos de acceso permanente a la información, no obstante la Dirección General presenta informes periódicos del estado general de la Clínica, lo que hace que tengan un permanente conocimiento del desarrollo y ejecución de las directrices administrativas, contables y asistenciales.	
	1.3. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Organo Social	Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínima abarca los temas de convocatoria y celebración.	1	En los estatutos se consigna las directrices y parámetros del Máximo Organo Social, y en el artículo 43 se establecen las formas de convocatoria válidas para llevar a cabo las sesiones.	
	1.4. Convocatoria	Medida 4. La entidad facilita a los miembros del Máximo Organo 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. Medida 5. La convocatoria a las reuniones del Máximo Organo 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	En el documento de citación a la Asamblea se describe en la parte inferior que en cumplimiento del Artículo 447 del Código de Comercio se pone a consideración el derecho de inspección, en la cual se informa que los documentos estarán a disposición en la oficina de la Institución desde el primer día hábil siguiente a la notificación de la convocatoria.	
	1.5. Celebración	Medida 6. 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. Medida 7. 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	Se evidencia en las citaciones efectuadas con la debida antelación a los miembros accionistas, dando cumplimiento al mínimo de los requisitos	
	1.6. Representación y Asistencia	Medida 8. 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 este miembro o no. Medida 9. 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. Medida 10. 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.	1	Se da cumplimiento al orden del día de manera estricta, lo cual queda consignado en cada acta de sesión de asamblea.	
1. MAXIMO ORGANO SOCIAL	1.6. Representación y Asistencia		1	Desde la misma citación a la Asamblea se le faculta a los miembros asistir de manera directa o a través de un representante, y se anexa el modelo del poder a suscribir	
	1.7. De las funciones del Máximo Organo Social	Medida 11. 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 normalidad legal vigente para cada entidad en particular. El Máximo Organo Social se encarga entre otras actividades de: 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 e imputar 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.	1	se encuentra estipulado en los estatutos	
	1.8. Comités de Interes		1	se encuentra contenido en el código de conducta y buen gobierno	
	1.7. De las funciones del Máximo Organo Social		1	Están estipuladas en el Artículo 50 de los Estatutos	

1.8.1. Grupos Empresariales	<p>Medida 12. 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> <p>Medida 13. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus Organos 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 dave, 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, supervisiOn, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.</p> <p>Medida 14. Baja 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.</p> <p>b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios.</p> <p>c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas.</p> <p>d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros.</p> <p>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.</p> <p>f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una vision común y compartida de las posiciones dave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos.</p> <p>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.</p> <p>h) Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos.</p> <p>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>	1	Se hace a través de la inscripción en la Cámara de Comercio, lo cual da publicidad a la constitución de la sociedad.	
1.8.2. Resolución de controversias	<p>Medida 15. Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Organó Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribuciOn legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicciOn ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resoluciOn de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composiciOn, la conciliaciOn o el arbitraje.</p>	1	En el Artículo 98 de los Estatutos se consigna la atribuciOn de los socios de acudir al Tribunal de Arbitramento que designe la Cármar de Comercio de Medellín	
2.1. Responsabilidades	<p>Medida 17. Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u Organó equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <p>a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulaciOn que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico.</p> <p>b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario.</p> <p>c) Realizar la planeaciOn financiera y la gestiOn de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misiOn de la entidad.</p> <p>d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.</p> <p>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 mitigaciOn.</p> <p>f) Establecer planes de sistemas de informaciOn para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementaciOn.</p> <p>g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestiOn de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables.</p> <p>h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designaciOn del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor.</p> <p>i) Establecer las políticas de informaciOn y comunicaciOn 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.</p> <p>j) Proponer la política general de remuneraciOn de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia.</p> <p>k) Proponer la política de sucesiOn de la Junta Directiva.</p> <p>l) Proponer los principios y los procedimientos para la selecciOn de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definiciOn de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluaciOn y rendiciOn de cuentas.</p> <p>m) La aprobaciOn del Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional.</p> <p>o) La aprobaciOn de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers".</p> <p>p) Identificar las Partes Vinculadas.</p> <p>q) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Organó Social, miembros de la Junta Directiva (u organó equivalente) y la Alta Gerencia.</p> <p>r) Velar porque el proceso de proposiciOn y elecciOn de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad.</p> <p>s) Conocer y, en caso de impacto material, aprobar las operaciones que la entidad realiza con miembros del Máximo Organó Social significativos, definidos de acuerdo con la estructura de propiedad de la entidad, o representados en la Junta Directiva, con los Directores de la Junta Directiva y otros administradores o con personas a ellos vinculadas (operaciones con Partes Vinculadas), así como con empresas del Grupo Empresarial al que pertenece.</p>	1	Dentro de los estatutos se encuentran contemplados estas medidas	
	<p>Medida 18. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como:</p> <p>a) Política de inversiones en activos de la entidad.</p> <p>b) Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido.</p> <p>c) Transacciones con bienes inmobiliarios.</p> <p>d) Política de orientaciOn formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva.</p> <p>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 organizacion.</p>	1	A la Junta Directiva se le presentan de manera periódica los informes, y es ésta quien toma las decisiones de las inversiones significativas al igual que la toma de decisiones para el endeudamiento, la Gerencia tiene un límite para celebrar contratos y es el organó directivo quien autoriza celebrar dichos contratos que excedan la cuantía, al igual que el tratamiento de los miembros es equitativo y con decisiOn de manera conjunta para las áreas mas relevantes de la administraciOn de la Clínica	

2.2. Conformación	<p>Medida 19. 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.</p>	1	La Junta Directiva está conformada por 5 miembros principales y 5 miembros suplentes, es un número impar que logra determinar una elección mayoritaria.
	<p>Medida 20. 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.</p>	1	La elección del Director se ha hecho de manera estricta pues se ha contado con expertos para certificar que el nivel directivo corresponda a la experiencia e idoneidad requerida para una Institución de mediana y alta complejidad
	<p>Medida 21. 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 (a) 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.</p>	1	La carta de aceptación es un requisito indispensable para llevar a cabo el registro de los miembros de Junta, sin el cual el ente certificado para el registro no procede a hacer la anotación, en la designación se le informa el compromiso adquirido y el plazo de nombramiento que es de 1 año con posibilidad de reelección, y monto de la póliza para directores y administradores es socializado a través de la Junta la cual ha sido con un monto considerable que permita cubrir cualquier eventualidad.
	<p>Medida 22. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema: 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 considerarse como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado. 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. 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>	1	El esquema de elección de los miembros de la Junta Directiva, corresponde a la cuota representativa de cada uno de los socios en la Institución, se pone a consideración del máximo órgano Social, y son ellos quienes propenden por la representatividad de cada uno de los socios accionistas.
	<p>Medida 23. 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>	1	No se estipula que los directores independientes y patrimoniales deben ser mayoría en la Junta Directiva, no obstante el Director Ejecutivo tiene voz y no voto, por lo que la toma de decisiones está en cabeza de los otros directores.
	<p>Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos</p>	1	Los miembros son directores independientes de la Institución
	<p>Medida 25. 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: a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. 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. 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>	1	Los requisitos de independencia para garantizar la moralidad y transparencia en la administración de los recursos públicos tiene el enfoque definido para las instituciones públicas, no obstante nuestra Entidad es de carácter privado y si bien se garantiza la transparencia en las decisiones de los órganos directivos estos no cuentan con tantas restricciones para garantizar la independencia de los miembros directivos, si bien hacen parte los mismos representantes del grupo societario que velan por sus intereses.
	<p>Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de: - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 a 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.</p>	1	
	<p>Medida 27. 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: 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. i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	1	Los perfiles de los miembros de la Junta Directiva son diversos, y entre ellos se encuentran personas de altos conocimientos administrativos, gerenciales, financieros y personas con experiencia en el sector salud.
	2.3. Elección de Directores	<p>Medida 28. 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>	1
<p>Medida 29. 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>		1	La Asamblea como máximo órgano social considera los posibles miembros de la Junta Directiva, quienes son los que velan por los intereses de los socios accionistas, y en razón de ello cada uno expone sus representantes en la Junta Directiva para ser de elección en el momento de la Asamblea General Ordinaria
<p>Medida 30. 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>		1	Los miembros directivos exponen de manera previa las propuestas para considerar los miembros de la Junta Directiva, lo cuales debe hacerse con un Representante de cada una de las participaciones de las sociedades y son de previo conocimiento a la celebración de la Asamblea que los designa.
2.4. Reglamentos y Declaraciones	<p>Medida 31. 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.</p>	1	Se hace en la carta de aceptación como miembro de Junta
	<p>Medida 32. 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.</p>	1	La Junta Directiva tiene su reglamento en los estatutos y es vinculante para todos los miembros lo cual es de conocimiento para todos los miembros.
	<p>Medida 33. 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.</p>	1	Las reuniones son programadas desde las mismas sesiones de la Junta y se proponen los temas a considerar para la próxima reunión.

2. ORGANOS DE ADMINISTRACION (Junta directiva)	2.5. Funcionamiento	<p>Medida 34. La Junta Directiva sesiona minima cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.</p>	1	Las reuniones se programan de manera periódica, mínimo cada tres meses	
		<p>Medida 35. 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 entregan (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.</p>	1	Previa a la firma del acta a suscribir ésta es socializada y circulada ante todos los miembros de la Junta Directiva y no se da aval para su impresión definitiva hasta tanto no cuente con el análisis previo de cada miembro y su señal de aceptación	
		<p>Medida 36. 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.</p>	1	Dicha evaluación se hace en el informe de gestión anual, en la que se evalúa la participación de cada uno de los miembros directivos así como lo estipula el Código de conducta y buen gobierno	
		<p>Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos</p>	1	Los estándares se encuentran implementados desde la misma norma y se hace el seguimiento a los programas establecidos por el área de Calidad.	
	2.6. Comités	<p>Medida 38. 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.</p>	1	Se han creado comités de apoyo a la parte gerencial en el tema financiero	
		<p>Medida 39. 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 a actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.</p>	1	Las actas de Junta son socializadas al interior de los miembros de la Junta Directiva, y si bien cada uno no posee un libro de actas porque esta se lleva y se custodia en el libro de Actas de Junta Directiva en el domicilio de la Institución, al cual pueden acceder cada uno de los miembros, y efectivamente todas las decisiones, informes, proposiciones y lineamientos directivos quedan consignados en dichas actas.	
		<p>Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.</p>	1	So el Comité ha sido nombrado por la Junta Directiva	
		<p>Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.</p>	1	De conformidad a lo instaurado por el Código de conducta y buen gobierno, al interior del órgano administrativo se nombran delegados de acuerdo a su especialidad para verificar el acompañamiento de determinadas decisiones de la Gerencia, y si bien no se reúnen al menos una vez cada trimestre si lo hacen por lo menos en dos o tres sesiones continuas, hasta culminar la labor encomendada.	
		<p>Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes</p>	1	En el Comité financiero todos son independientes	
	<p>Medida 43. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes</p>	1	Dentro de las directrices de la Junta Directiva y delegación efectuada a la Gerencia se instauró el Comité de Calidad, Comité Técnico Científico, Comité de Seguridad del Paciente, que han sido efectivos para el mejoramiento continuo en la atención en salud		
	2.7. Comité de Contraloría Interna	<p>Medida 44. 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.</p> <p>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.</p> <p>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>	1	El Comité financiero efectuó el reporte que levantó de la gestión contable y financiera, sobre la cual se tomaron varios correctivos y planes de mejora.	
		<p>Medida 45. 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 Sd, 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 custodia, 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> <p>l) Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente, en relación con el SCI.</p> <p>m) Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.</p> <p>n) Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.</p> <p>o) Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual</p>	1	Las funciones están determinadas en el Código de ética y Buena gobierno.	

	<p>deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado</p> <p>p) Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del estudio efectuado.</p> <p>q) Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir entre otros aspectos:</p> <p>i. Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad.</p> <p>ii. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos.</p> <p>iii. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna.</p> <p>iv. Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión.</p> <p>v. Las observaciones formuladas por los Organos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso.</p> <p>vi. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por la misma, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento o área.</p> <p>vii. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno.</p>			
	<p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría</p>	1	Si esta estipulado en el código de conducta	
2.8. Comité de Gobierno Organizacional	<p>Medida 47. 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).</p> <p>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.</p> <p>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>	1	Si esta conformado y su reglamento se encuentra establecido en el Código de Conducta y Buen Gobierno	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.
	<p>Medida 48. 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. 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 administradores.</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 médico 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>	1	Las funciones están establecidas en el Código de Conducta y Buen Gobierno	
	<p>Medida 49. 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 actuarial 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>	1	Si hay un Comité de Riesgos y su reglamento y funcionamiento se encuentran estipulado en el Código de Conducta y Buen Gobierno	se conforma conjuntamente de riesgos: incluir a Alexander, dalgi, ascencion, ferney y luiza
2.9. Comité de Riesgos	<p>Medida 50. 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	Las funciones se encuentran detalladas en el Código de Conducta y Buen Gobierno, donde se define que se hace seguimiento a: a) enfermedad donde se identifican los riesgos en salud y por ende se valora el grado en que éstos pueden afectar al usuario y su familia; b) infecciones de origen comunitario; c) infecciones adquiridas en el hospital; d) historias clínicas las cuales se reúnen con la periodicidad establecida en las actas de conformación y se cuenta con actas de reuniones, se cuenta con un programa de seguridad del paciente y el PAMEC se encuentra con enfoque en el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente, se cuenta con indicadores de satisfacción, pgrs, triage, oportunidad de citas.	
	<p>Medida 51. 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>	1	el comité de conducta se encuentra contemplado en el código de conducta y buen gobierno y se estipula conformación del mismo	conformar comité de conducta en el cual esta: líder de talento humano, directora administrativa, trabajo social

2.10. Comité de Conducta	<p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. 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>	1	el comité de conducta se encuentra contemplado en el código de conducta y buen gobierno donde se definen sus funciones
	<p>Medida 53. 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>	1	se encuentra inmerso en el código de conducta y buen gobierno.
	<p>Medida 54. 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 y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).</p>	1	se encuentra inmerso en el código de conducta y buen gobierno y cumple con los lineamientos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
	<p>Medida 55. 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 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 (coma descapitalizarse a evitar embargo 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 o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.</p>	1	Dentro del código de conducta y buen gobierno se establecen los lineamientos para prevenir y controlar los comportamientos asociados a sobornos, corrupción, entre otros.
3.1. Principios	<p>Medida 56. La entidad incluye como mínima los siguientes tres principios e los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada</p> <p>Autocontrol: 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 atribuida a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del Sd, es deber que les corresponden 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>Autorregulación: 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>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	Los principios orientadores se encuentran en el código de conducta y buen gobierno; es preciso resaltar que se tiene control sobre la ejecución de funciones y responsabilidades, mediante evaluaciones de desempeño de cada empleado, además se ejecutan planes operativos anuales tendientes a la consecución de los objetivos estratégicos institucionales y los cuales son desarrollados por los líderes de las áreas, se cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad en salud orientada a fortalecer procesos asistenciales.
3.2. elementos del Sistema de Control Interno	<p>Medida 57. La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tipos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes</p>	1	Se cuenta con un manual de administración de riesgos y una matriz de identificación de riesgos financieros, operativos, en salud, entre otros. desde el área de Calidad se realiza seguimiento a los riesgos identificados además se realizan auditorías internas y se realimentan los hallazgos encontrados.
3.3. Ambiente de control	<p>Medida 58. 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 divulgan 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 objetivos operativos 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. Los objetivos de reporte o de información 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. Los objetivos de cumplimiento 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. Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizados en forma periódica.</p>	1	Los perfiles se tienen identificados en las características que deben contar el personal a ocupar dichos cargos, se hacen exigencias de índole académico, se verifica la idoneidad y experiencia para desempeñar los cargos, y las competencias actitudinales que evidencian la integridad del personal.
	<p>Medida 59. 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>3.4. Gestión de riesgos</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 mínima 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 criterios 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 a 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; mitigarlas, compartirlas, transferirlas, o aceptarlas, según resulte procedente.</p> <p>i) Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.</p> <p>j) Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes a acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes a les exija la normativa vigente.</p> <p>k) Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).</p> <p>Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud y la normativa vigente en la materia. Estos sistemas de gestión de riesgos específicos antes mencionados, no son independientes del SCI, sino que forman parte integral del mismo.</p>	<p>1</p>	<p>se cuenta con manual de administración de riesgos, matriz valoración de riesgos donde se contemplan frecuencia, severidad y nivel de detección de los controles y se plantean acciones para mitigar, transferir o asumir el riesgo</p>	
<p>3.3. Actividades de control</p>	<p>Medida 60. 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 los resultados en salud y adoptar las correctivas necesarias.</p>	<p>1</p>		
<p>Preámbulo: 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. 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, fraude u otras situaciones que afecten a puedan llegar a afectar la estabilidad y/o el prestigio de la entidad.</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 hacen 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 de verificación 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>Las actividades de control se han venido desarrollando de varias formas, se cuentan con procesos de auditoría externa, contratación con consultores externos para el análisis de la información, seguimiento estricto al protocolo de seguridad del software, control de activos e inventarios, monitoreo con cámaras de vigilancia, suscripción de acuerdos de confidencialidad con empleados y contratistas, seguimiento listas de chequeo de procesos de auditorías con entes de control, sistema de calidad por procesos.</p>	
<p>3.4. Información y Comunicación</p>	<p>Medida 61. 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 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 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>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>La entrada de la información se hace de manera manual por la entrega del responsable de cada información allegada a la Institución, desde el sistema de información de Dinámica Gerencial se tiene establecidos permisos por roles, es decir, que cada uno se le da el acceso a la información que le corresponde de igual forma el sistema no permite hacer modificaciones u alteraciones de la Historia Clínica y se tiene establecido un mecanismo de control que identifica y da validez a la auría del documento. Se tiene implementado la protección de datos personales. Si se manejan copias de seguridad.</p>	
<p>3.4.1. Información</p>	<p>Medida 62. 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 la 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 privilegiada, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p>	<p>1</p>	<p>La mayor información esta caracterizada en Dinámica Gerencial y eso se mantiene en el tiempo no se depura se conserva la información, para el tiempo de la Clínica de operaciones no es necesario hacer el control de depuración de documentos</p>	

		<p>Medida 63. A la informaciOn clasificada a sujeta a reserva por disposici3n legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en raz3n de su profesi3n u oficio, ya que de conocerse podr3a vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen informaci3n a nivel de individuos pueden usarse internamente a con terceras para fines anal3ticos, estad3sticos a de investigaci3n siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el art3culo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	1	La Clinica garantiza la custodia de documentos con reserva legal como es la historia cl3nica, y solamente el personal de salud tiene acceso a ella tal y como lo determina la norma.	
		<p>Medida 64. A la informaci3n que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adici3na, sin ser excluyente, la exposici3n de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, seg3n sea el caso, as3 como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo la dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y dem3s disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	1	La Instituci3n da cumplimiento de manera estricta al cronograma de levantamiento de informaci3n contable bajo las normas NIF, y se hace conforme a las directrices y par3metros exigidos por las Circulares emitidas por la SUPERSALUD, en los cronogramas establecidos.	
		<p>Medida 65. Los administradores de la entidad definen pol3ticas de seguridad de la informaci3n, mediante la ejecuci3n de un programa que comprende, entre otros, el dise1o, la implantaci3n, la divulgaci3n, la educaci3n y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la informaci3n, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebraci3n de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar informaci3n privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p>	1	Todo el personal de la instituci3n tiene firmada la clausula de confidencialidad, en el sistema hay pol3ticas de cambio de contrase1a cada 30 d3as, emitiendo la plataforma de acceso a los equipos y en din3mica gerencial hospitalaria, se reportan mejores niveles de seguridad, se implementan mecanismos que impiden modificaciones en los sistemas operacionales de los equipos de computo, se tiene prohibido el uso de almacenamiento externo y se tienen restringidas las paginas web mediante un cortafuego, y adicionalmente se tienen sistemas de antivirus para evitar ataques de malware a sitios.	
3.4.2. Comunicaci3n		<p>Medida 66. Cada empleado conoce el papel que desempe1a dentro de la organizaci3n y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo est3n relacionadas con el trabajo de los dem3s. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la informaci3n significativa, tanto al interior de la organizaci3n como hacia su exterior.</p> <p>Medida 67. Como parte de una adecuada administraci3n de la comunicaci3n la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: a) Canales de comunicaci3n. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la informaci3n que se divulga. d) Frecuencia de la comunicaci3n. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicaci3n. 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 informaci3n que la respectiva organizaci3n revela al p3blico.</p>	1	Cada empleado posee una copia de su contrato en el que se identifica el perfil, las obligaciones y todo lo concerniente a la ejecuci3n del cargo, se cuenta con una pagina en la intranet en la que est3n definidos los cargos y un mapa de procesos en el que se identifica los procesos instaurados en la Instituci3n, frente a la cual tienen acceso todos los empleados.	
		<p>Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a trav3s del tiempo. Se efect3a por medio de la supervisi3n continua que realizan los jefes o l3deres de cada area o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del 3mbito de la competencia de cada uno de ellos), as3 como de las evaluaciones peri3dicas que realiza el Departamento de Contraloria Interna u Org3no equivalente, el Presidente Ejecutivo o m3ximo responsable de la organizaci3n 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 tambi3n a la Junta Directiva u 3rg3no equivalente.</p>	1	Comunicaci3n Interna contamos con cartelera, bolet3n interno, correo electr3nico, grupo de comunicaci3n en skype, intranet, circulares internas, Comunicaci3n Externa: Redes sociales, mailing, manejo de medios de comunicaci3n, pautas de responsable de su manejo, l3der de Comunicaciones, manejo de formato institucional, debe llevar un n3mero consecutivo, debe ir firmado por el remitente.	
3.5. Monitoreo		<p>Medida 69. La entidad utiliza empresas de Auditoria Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluaci3n y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comit3 de Contraloria Interna, y haci3ndoles seguimiento.</p>	1	La Instituci3n efectua auditorias internas en la que se verifican los procesos y servicios de la Instituci3n y de los hallazgos encontrados se hace retroalimentaci3n y plan de mejora	
3.6. Evaluaciones independientes		<p>Medida 70. La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluaci3n sistem3tica de la atenci3n en salud (en los t3picos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a trav3s de los procesos de contraloria, seguimiento, evaluaci3n, identificaci3n de problemas y soluci3n de los mismos, mediante t3cnicas de auditoria o de autoevaluaci3n para la calificaci3n y mejoramiento de la calidad en la atenci3n en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestaci3n de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garant3a de la calidad, para lo cual dise1an procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gesti3n que los administradores de la entidad presentan a la Asamblea General u 3rg3no equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempe1o de los mencionados sistemas</p>	1	Se realiza una auditoria externa anual para identificar las debilidades y se establecen planes de mejora en los procesos	
3.7. Areas especiales dentro del Sistema de Control Interno		<p>Medida 71. Los representantes legales informan a la Junta Directiva u 3rg3no equivalente sobre la implementaci3n y desarrollo de las acciones de auditoria para la garant3a de la calidad, la revisi3n y el monitoreo de los niveles de acreditaci3n, sobre las medidas que se deben adoptar para la superaci3n 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 su prevenci3n.</p>	1	Se hace autoevaluaci3n de habilitaci3n para verificar las condiciones m3nimas para prestar el servicio y reducir el riesgo en la atenci3n, se realiza la autoevaluaci3n del PAMEC en v3as de garantizar el mejoramiento continuo, se hacen mediciones de indicadores de la oportunidad de la atenci3n, del cumplimiento de est3ndares de seguridad y de experiencia de la atenci3n.	
3.7.1. Control interno en la gesti3n de salud		<p>Medida 72. La Junta Directiva u Org3no equivalente adopta las pol3ticas de gesti3n en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodolog3as y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestaci3n del servicio. Tales pol3ticas se refieren, cuando menos a:</p> <p>a) Defini3n de est3ndares de calidad en la atenci3n en salud que se pretenden alcanzar. b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c) Acciones de seguimiento, evaluaci3n continua y sistem3tica a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los est3ndares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protecci3n Social y con la normatividad vigente. d) Procesos de auditoria interna o en el mejor caso auditoria externa, para evaluar sistem3ticamente los procesos de atenci3n a los usuarios para determinar su nivel de satisfacci3n. e) Dise1o de programas para establecer una cultura de calidad en la atenci3n en salud que incluya programas de capacitaci3n o entrenamiento de los funcionarios. f) Dise1o de programas para establecer acciones pedag3gicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.</p>	1	El Gerente presenta un informe en las sesiones de Junta Administrativa en la que se informa los resultados operacionales, los resultados de las auditorias de los 3rganos de control, la de los entes responsables del pago con las cuales se tiene contrataci3n y se hace 3nfasis en las debilidades y se informa plan de acci3n para tomar las medidas que sanean los procesos	
3.7.1.1. Pol3ticas de gesti3n en salud		<p>a) Defini3n de est3ndares de calidad en la atenci3n en salud que se pretenden alcanzar. b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c) Acciones de seguimiento, evaluaci3n continua y sistem3tica a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los est3ndares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protecci3n Social y con la normatividad vigente. d) Procesos de auditoria interna o en el mejor caso auditoria externa, para evaluar sistem3ticamente los procesos de atenci3n a los usuarios para determinar su nivel de satisfacci3n. e) Dise1o de programas para establecer una cultura de calidad en la atenci3n en salud que incluya programas de capacitaci3n o entrenamiento de los funcionarios. f) Dise1o de programas para establecer acciones pedag3gicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.</p>	1	Las Directrices se encuentran planteadas desde la Junta Directiva, por lo que la Instituci3n ha adelantado todo lo pertinente con el fin de implementar el PAMEC con el fin de alcanzar objetivos organizacionales y garantizar la atenci3n segura a los usuarios, para ello se tienen dise1ado el modelo de atenci3n en salud, pol3tica de calidad, pol3tica de seguridad del paciente, pol3ticas a las que se les hace el estricto seguimiento.	

3. ORGANOS DE CONTROL

3.7.1.2. Control interno en la gestión financiera	<p>Medida 73. 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 presentan a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	1	El informe de gestión lo presentan al máximo órgano social y este se efectúa una vez al año, y de allí se imparten directrices de mejora continua frente a la labor ejecutada, y disponen de recursos para la Institución con el fin de contar con asesores cuya experticia e idoneidad brindan el apoyo al personal interno en vías de tomar mejores medidas operacionales que garanticen la efectividad de los recursos.	
	<p>Medida 74. 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	En los informes de gestión se evidencian las deficiencias operativas, las cuales son intervenidas de manera inmediata, han direccionado sistemas de prevención de lavado de activos y se implementan las herramientas dadas por la UIAF para dicho ítem, al igual que se cuenta con una plataforma con base de datos de las listas nacionales e internacionales en la que se encuentran reportados sospechosos de operaciones no legalizadas, al igual se contratan expertos para la asesoría e implementación de las políticas NIFF, lo que hace que el departamento financiero lleve de manera estricta todos los	
3.7.1.3. Políticas contables	<p>Medida 75. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <p>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 Organos 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	La clínica adopta proceso y sistema de la información contable con eficiencia en el control y supervisión de la información con calidad en la presentación de los diferentes informes requeridos por los usuarios internos y externos, entre ellos se resumen en lo siguiente: Sistema de información contable y administrativa donde se registran todos los hechos económicos y que al final son consolidados en los informes financieros que son requeridos por la administración y entes de vigilancia y control. Se realiza conciliación y revisión de los datos de información financiera y contable con periodicidad con los usuarios internos y externos que hacen parte del suministro de la información. Cuenta con auditoría y supervisión de la revisoría fiscal y políticas de información financiera para el adecuado registro de las operaciones económicas. Los usuarios internos tienen acceso a la información necesaria para el desarrollo de las actividades con el fin de garantizar la confidencialidad de la información.	
3.8. Control Interno para la gestión de la tecnología	<p>Medida 76. 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	Si, se tiene documentado los diferentes procesos del área de gestión de la información, se aplican las políticas de seguridad de la información mediante políticas en el directorio activo para impedir modificaciones a los sistemas operacionales y dar cumplimiento a lo establecido en ellas, adicionalmente nuestro usuarios tienen un rol de permisos asignados los cuales les impiden con la parte financiera de la organización tenga acceso a los datos clínica de los pacientes y viceversa, adicionalmente nuestro sistema no permite que la información de los pacientes sea modificada.	
3.8.1. Políticas de tecnología	<p>Medida 77. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <p>a) Administración de proyectos de sistemas. b) Administración de la calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación.</p>	1	Se realiza por medio del Plan Operativo Anual Se cuenta con control con los diferentes proveedores de software con el fin de tener soporte y las aplicaciones funcionales con las normatividades vigentes. Actualmente nuestro principal proveedor de Información cuenta con Certificación en Iso 9001:2008, CMMI DEV/5 y PMP respecto a la Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. Se cuenta con un infraestructura en alta disponibilidad con el fin de garantizar la prestación de los servicios y actualmente se está documentando el plan de contingencia con el fin de mitigar los problemas relacionados con la falta de los diferentes sistemas de información bien sea por fallas eléctricas o fallas de los sistemas de información.	
3.9. Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno	<p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Organismo, 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>			
3.9.1. Junta Directiva u Organos equivalente	<p>a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacer seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera. 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. 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. d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. 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. f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento. g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Organos de control o supervisión e impartir las órdenes pertinentes con miras a obtener las recomendaciones u orientaciones. 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. i) Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración. j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos. 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 meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente. 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. m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máximo Organismo Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna. n) Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Organismo Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular.</p> <p>Todas las decisiones y actuaciones que se producen en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas constan por escrito en el acta de la reunión respectiva y están debidamente motivadas. La Junta Directiva u órgano equivalente determina la información que debe ser divulgada a los diferentes niveles de la organización, de acuerdo con lo que considera pertinente.</p>	1	Los informes son presentados de manera periódica y es la Junta Directiva quien establece los lineamientos a seguir y que deben ser acatados por la Gerencia, todo el tema financiero y operacional macro son los miembros quienes tienen el poder decisorio y facultan para realizar determinadas actividades, las decisiones y direccionamientos quedan consignadas en las actas de Junta, al igual que todo el tema financiero, de endeudamiento es determinado por la Junta, la gerencia no puede eximirse de los lineamientos impartidos por el Organismo Directivo, y son ellos quienes deben facultar para realizar operaciones que superen una cantidad de mil millones de pesos, y si bien delega al Gerente la posibilidad de hacer nombramientos y movimientos de personal, es la Junta la que autoriza todo lo concerniente a la remuneración y emolumentos del personal.	
	<p>Medida 79. 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>			

3.9.2. Representante Legal	<p>a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</p> <p>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 esta establecidos.</p> <p>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.</p> <p>d) Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</p> <p>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.</p> <p>f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>k) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.</p> <p>l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad.</p> <p>m) Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.</p> <p>En general, el Representante Legal es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la correspondiente entidad y su adecuado funcionamiento, para lo cual demuestra la ejecución de los controles que le corresponden.</p>	1	<p>La Gerencia es la encargada de realizar todo el trámite administrativo para operativizar en debida forma todos los movimientos contables, administrativos y asistenciales que garanticen la viabilidad y correcto funcionamiento de la Clínica, para ello cuenta con las facultades delegadas por los estatutos y las que se asignen por parte de los miembros de la Junta Directiva, el Gerente tiene facultades pero éstas tienen límites de las decisiones de la Junta Directiva, no hay plena autonomía porque hay temas que deben ser elevados a consulta. La gerencia garantiza que el personal y el proceso de selección se hace con estrictos lineamientos basados en la experiencia, idoneidad y capacidad del personal.</p>	
	<p>Medida 80. 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 decisiones y lineamientos de Gerencia deben venir aprobados por escrito y si bien no se hace a través de circulares o memorandos si se deja evidencia de las decisiones gerenciales a través de medios electrónicos.</p>	
3.10. departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes	<p>Prámbulo: La contraloría interna es una actividad que se fundamenta en criterios de independencia y objetividad concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización, ayudándola a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión, control y gobierno. En tal sentido y ante la importancia que representa la contraloría (o auditoría) interna en el control y gestión exitosos de una organización, la Superintendencia Nacional de Salud estima necesaria que las entidades bajo su supervisión que cuenten con un auditor interno, contralor, juntas de vigilancia o funcionario que cumpla funciones equivalentes, adopten como referente y cumplan normas y parámetros mínimos que garanticen el ejercicio profesional e idóneo de la auditoría o contraloría interna, acorde con los estándares y mejores prácticas internacionales. Para las entidades a las que va dirigida esta Circular que pertenezcan al sector público, se admitirá el enfoque de auditoría o contraloría interna establecido en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)22. En todo caso, las oficinas o áreas de control interno, auditoría interna o quienes hagan sus veces se les recomienda, en lo que no sea contrario a las disposiciones legales aplicables, los lineamientos básicos de la presente Circular. En adición a la previsto para el cumplimiento de las exigencias legales sobre garantía de la calidad, cuando a ella haya lugar, se considera como buena práctica de gobierno organizacional contar con un área, departamento o dependencia que asuma como mínima las siguientes medidas.</p>			
3.10.1. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna	<p>Medida 81. 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>	1	<p>si bien no se cuenta con un designado para contraloría interna, se cuenta con un área de calidad la cual dentro de sus líneas de trabajo establece mecanismos de control para toda la clínica</p>	<p>PENDIENTE 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>
3.10.1.1. Objetivo y responsabilidad				
3.10.1.2. Independencia y objetividad	<p>Medida 82. 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>	1	<p>el área de calidad es transversal a todos los procesos de la clínica</p>	
	<p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	0	<p>el responsable del área de calidad es nombrada por la gerencia de la clínica de acuerdo a las facultades estatutarias</p>	
3.10.1.3. Pericia y debido cuidado profesional	<p>Medida 84. Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo retienen 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>	1	<p>el responsable del área de calidad cuenta con la formación para ejercer el cargo y desarrollar las funciones que derivan del mismo, de igual forma cuenta con asesoría o asistencia en los casos en que para el ejercicio de su labor lo requiera</p>	
3.10.1.4. Programa de calidad y cumplimiento	<p>Medida 85. 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>	1	<p>se cuenta con un comité de calidad y comité de mejoramiento continuo el cual mediante el PAMEC propende desarrollar acciones tendientes a mejorar los procesos a minimizar el riesgo y generar valor agregado a la institución</p>	
	<p>Medida 86. 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:</p>			

3.10.1.5. Administración de la actividad	<p>a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de 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.</p> <p>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.</p> <p>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 Organos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos.</p> <p>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>	1	<p>se establecen las políticas que direccionan los programas institucionales, se establece un plan anual de auditorías con el fin de monitorear los procesos y establecer acciones tendientes a minimizar riesgos.</p>
3.10.1.6. Funciones	<p>Medida 87. 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 del periodo 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 estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución.</p> <p>iii) Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno.</p> <p>iv) Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones.</p> <p>v) Limitación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones.</p> <p>vi) Relación de las recomendaciones formuladas sobre deficiencias materiales detectadas, mencionando los criterios generales que se tuvieron en cuenta para determinar la importancia de las mismas.</p> <p>vii) Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores.</p> <p>Es de advertir que, si bien resulta viable que la administración de las entidades supervisadas contrate externamente la realización de las actividades propias de la auditoría o contraloría, en ningún caso ello implica el traslado de la responsabilidad sobre la auditoría misma. Es decir, que la administración de la entidad solo entrega la ejecución de la labor más nola responsabilidad misma de la realización de la auditoría, la cual conserva siempre. En tal sentido, la administración de la entidad debe realizar el direccionamiento, administración y seguimiento de la actividad realizada por el tercero, sin delegar la toma de decisiones. Adicionalmente debe garantizarse el acceso permanente de la administración y del supervisor a la información de la auditoría y a los papeles de trabajo, el establecimiento de plan de contingencias para que no cese la labor en caso de algún problema en la ejecución del contrato, y la independencia entre el Auditor Interno y Externo (si existe este último), teniendo en cuenta que las dos funciones mencionadas no pueden ser desarrolladas por la misma entidad o persona.</p>	1	<p>Estas acciones están inmersas en el ítem de comité de contraloría interna del código de conducta y buen gobierno, además se cuenta con un área de calidad la cual realiza actividades de seguimiento y control, se cuenta con un plan de auditorías con el fin de verificar el cumplimiento de estándares de calidad en la prestación del servicio, los hallazgos encontrados son comunicados y derivan acciones de mejoramiento las cuales son monitoreadas.</p>
3.11. Organos Externos	<p>Medida 88. El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión 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. El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superen el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales. De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establezca su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	1	<p>El máximo órgano social le corresponde el nombramiento del Revisor Fiscal, y son ellos quienes de manera permanente revisan y controlan todas las áreas operativas de la clínica, practican auditoría global dos veces al año con visitas periódicas a la Institución y una correlativa comunicación frente a los lineamientos impartidos en mejora de los planes de acción frente a los posibles hallazgos detectados.</p>
4.1. Rendición de Cuentas	<p>Medida 89. En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se da 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 veado.</p>	n	<p>La Clínica es una Institución de carácter privado y no le obligan a realizar audiencias públicas de rendición de cuentas, estas, sin embargo la rendición de cuentas se hace ante el máximo órgano social en conjunto con el informe anual de Revisoría Fiscal.</p>
4.1.1. Frente al Público	<p>Medida 90. 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>	1	<p>Existe plena interlocución con las autoridades Locales y departamentales de salud, y si bien no es una entidad pública se acatan todos los lineamientos y directrices impartidos para garantizar el aseguramiento, calidad y oportunidad de la atención en salud</p>
4.1.2. Frente a las Autoridades Locales	<p>Medida 91. 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>	0	<p>se realizan actividades académicas como congresos de ortopedia, Simposio de Enfermedades Lisosomales, simposio de heridas y ostomías, entre otros.</p>
4.1.3. Frente a la comunidad científica y médica			

4.1.4. Frente a la Superintendencia Nacional de Salud	Medida 92. 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 y el sistema de atención al usuario y al SGI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.	1	Se da cumplimiento en el reporte de los indicadores en salud y exigido en tema de saneamiento fiscal, contable y de facturación	
4.2. Transparencia en la Contratación de Personal Médico	Medida 93. 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.	1	El documento está establecido en la Institución, sin embargo no ha sido aprobado a través de una Resolución de la Junta Directiva	
4.3. Transparencia en la Política de Compras	Medida 94. 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.	1	La entidad cuenta con un proceso documentado de compras y es el Comité quien direcciona y autoriza todo lo relativo a la adquisición de bienes	
5.1. Política General de Revelación de Información	Medida 95. 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. La forma como se debe revelar esa información. c) 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 (stake holders). 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.	1	se cuenta con mecanismos de protección de datos y se encuentra la política de tratamiento de datos, se cuenta con compromisos de confidencialidad contenidos en el código de conducta y buen gobierno, se tiene establecido el responsable de generar los reportes de sigviga, rips, ruaf, reportes que se realizan de forma oportuna, en los tiempos establecidos.	
5.2. Frente a las Autoridades	Medida 96. La entidad establece procedimientos para que la controladora 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.	1	se realiza proceso de verificación por parte del revisor fiscal a la información financiera, en cuanto a la calidad del dato de sigviga, rips, se realiza una revisión por parte de la entidad de forma periódica.	
5.3. Frente al Público	Medida 97. La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-. Util para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces	1	Tenemos creado la página web de la institución www.clinicapnamericana.co	
5.3.1. Información sobre la entidad	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.	1	en la página web se encuentra el vínculo quienes somos, donde esta publicada la reseña histórica, misión, visión, valores.	
5.3.1.1. Información de la Entidad	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 empleados más grandes afiliados a la respectiva caja.	1	Los socios se encuentran identificados en la página web como aliados estratégicos, sin porcentaje de participación accionaria	
5.3.1.2. Información sobre los miembros o propietarios	La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva (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 a han pertenecido a otras Juntas Directivas	1	En la página web de la clínica se tiene publicada las empresas societarias las cuales tienen representación en la Junta Directiva.	
5.3.1.3. Información sobre la administración	Medida 98. La página web de la entidad a la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica asimismo las entidades a personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones o idoneidad de quienes ejercen la controladora interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas directivas.	0	solicitar permiso a firma de revisoría fiscal para hacer la publicación en la página web	
5.3.1.4. Información sobre los órganos de control	Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.			
5.3.1.5. Información sobre los usuarios	Medida 99. La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre: 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.	1	Se encuentran identificados los servicios y talento humano, no se menciona el tema tarifario	
5.4. Información sobre Salud	Medida 99. 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.	1	se tienen publicado los estados financieros de la clínica de los años 2015, 2016, 2017.	
5.5. Información Financiera	Medida 100. 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 Controladora Interna, que se presenta junta 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.	1	se encuentra establecido en el código de conducta y buen gobierno	
5.6. Frente a los miembros del Máximo Órgano Social	Medida 101. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineado con el siguiente esquema: Estructura de la organización de la entidad a Grupo Empresarial. 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.	1	El informe anual presentado por la Gerencia en coordinación con la Junta Directiva establece de manera determina la composición social accionaria, la identidad de todos los miembros de la Asamblea General, las negociaciones realizadas durante la ejecución del año a informar, una síntesis de lo acordado con los miembros directivos y las acciones propias de la entidad.	

5. REVELACION DE INFORMACION

5.6.1. Informe de Gobierno Organizacional	Estructura de la administraciOn de la entidad a GruDo Empresarial: a) Composici3n de la Junta Directiva e identificaci3n del origen a procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comit3s 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) Politicas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta. f) Proceso de nombramiento de los Directores. g) Politica de remuneraci3n de la Junta Directiva. h) Remuneraci3n de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia. i) Quorum de la Junta Directiva. j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comit3s Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves). k) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves). m)Relaciones durante el a1o de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversion y agendas de calificaci3n. l) Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva. m) Politica de revelaci3n de informaci3n establecida por la Junta Directiva. n) Actividades de los Comit3s de la Junta Directiva. o) Informaci3n sobre la realizaci3n de los procesos de evaluaci3n de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, asi como sintesis de los resultados.	1	El gobierno organizacional ha impartido instrucciones y directrices a la Alta Gerencia que conllevan a la gesti3n operativa dentro del marco normativo y transparencia en la ejecuci3n de las funciones	
5.7. Salvedades del Revisor Fiscal	Medida 102. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situaci3n, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del M3ximo Organo Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comit3 de Contralor1a Interna. Cuando ante las salvedades y/o p3rrafos de 3nfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posici3n es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.	1	El Informe de Revisor Fiscal se presenta de manera anual a todos los miembros del m3ximo organo social, y frente a las salvedades las mismas son informadas por escrito, en el que se incluye el contenido y su discrepancia, con el fin de tomar las directrices y medidas para identificar la discrepancia y subsanar las causas que originan dicha discrepancia	
5.8. Partes Vinculadas	Medida 103. Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de par3metros objetivos tales como volumen de la operaci3n, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la informaci3n financiera p3blica, asi como la informaci3n a la realizaci3n de operaciones con empresas off-shore.	0	Lo requerido en esta medida esta contenido en el codigo de conducta y buen gobierno	
5.9. Grupos Empresariales	Medida 104. En el caso de Grupos Empresariales, la revelaci3n de informaci3n a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opini3n fundada sobre la realidad, organizaci3n, complejidad, actividad, tama1o y modelo de gobierno del Grupo Empresarial	n	No se cuenta en la sociedad con empresas filiales o subordinadas.	
6. MEDIDAS DE CONDUCTA	Medida 105. La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gesti3n 3tica en el d1a a d1a de la organizaci3n. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, el empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.	1	Los lineamientos se encuentran establecidos y son aceptados desde la misma relaci3n contractual en la cual se detallan los principios y valores que debe cumplir el personal desde el momento del ingreso a la Instituci3n y en el Reglamento Interno de Trabajo	
	Medida 106. Los lineamientos de Conducta est3n estructurados como m3nimo, sobre los siguientes Ordenes tem3ticos: a) Las generalidades de la empresa (rese1a hist3rica, certificaciones de calidad, etc.). b) Direccinamiento estrat3gico de la entidad. c) Los principios 3ticos. d) Los valores institucionales. e) Las politicas a observar para la gesti3n 3tica, a nivel de la interacci3n con los diferentes grupos de inter3s, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organizaci3n, en relaci3n con el manejo de la informaci3n y el uso de los bienes, asi como en la que se refiere a la interacci3n con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. f) Politica anti-soborno y anti-corrupci3n de la entidad. g) Principios de responsabilidad social empresarial. h) Los mecanismos para la difusi3n y socializaci3n permanente de los lineamientos de Conducta. i) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a trav3s de indicadores, el control sobre el sistema de gesti3n 3tica institucional.	1	Se encuentra al interior del C3digo de Conducta y Buen Gobierno	
	Medida 107. Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con: a) La obligaci3n de informar sobre actuaciones ilegales a sospechosas de los diferentes grupos de inter3s. b) El compromiso con la protecci3n y uso adecuado de los activos de la entidad. c) La importancia de colaborar con las autoridades. d) El manejo de la informaci3n confidencial y privilegiada de la entidad.	1	Se encuentra detallado en el C3digo de Conducta y en el Plan de Prevenci3n y lavado de Activos	