

Reporte Circular 003 Código de Conducta y Buen Gobierno

NÚMERO DE MEDIDA	MEDIDA	RESPUESTA DE MEDIDA 1 : SÍ; 0: NO; N: NO APLICA	MEDIDA EXPLICACIÓN 3000 CARACTERES
1	La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de un rango determinado de participación en el capital social o en la propiedad de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.	1	<p>La medida se adopta de acuerdo con lo definido en la Circular.</p> <p>* Los estatutos sociales no consagran ningún trato discriminatorio ni preferencial respecto de ninguno de los Accionistas independientemente de su participación en el capital social.</p> <p>* En el Código de Ética y Buen Gobierno se consagra lo siguiente: "Los accionistas ejercerán sus derechos legales y estatutarios con el apoyo de los diferentes órganos y funcionarios de la Sociedad. Se garantizarán en todo momento los derechos de los accionistas minoritarios".</p>
2	La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención o relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones o plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o 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 Órgano Social.	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo de conformidad con el Código de Ética y Buen Gobierno,</p> <p>* "... Los accionistas ejercerán sus derechos legales y estatutarios con el apoyo de los diferentes órganos y funcionarios de la Sociedad. En particular podrán conforme al reglamento solicitar la práctica de auditorías especiales o requerir informes para que sean presentados en la sesión de la Asamblea.</p> <p>* "...En la organización y el funcionamiento de la Asamblea se tendrán en cuenta los siguientes postulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferiblemente las convocatorias a Asamblea General de Accionistas se realizarán con término prudencialmente mayor al previsto en los Estatutos. - A más de los medios estatutarios de convocatoria, se adoptarán las medidas que procedan para asegurar la información y citación a todos los accionistas, así como se les informará a los accionistas los resultados de las sesiones y se mantendrá actualizada la información en los medios abiertos por la Sociedad, también en los de carácter electrónico. - Se garantizará que los accionistas puedan ejercer adecuadamente el derecho de libre inspección. - Se adoptarán progresivamente medidas para facilitar el conocimiento de los asuntos por parte de los accionistas, mediante el envío de información previa, la sustentación adicional de informes o la participación en temas específicos de asesores. - La Asamblea en su reglamento establecerá las condiciones para el uso de la palabra, el correcto manejo del tiempo y los mecanismos adicionales que faciliten la mayor ilustración de los accionistas, para su ejecución por quien ejerza la Presidencia de la misma. - Se garantizarán en todo momento los derechos de los accionistas minoritarios. - La información que se suministre a uno o a varios accionistas y que los ponga en real situación de privilegio sobre los demás, será informada a todos, en particular si proviene de consulta o petición elevada por él o ellos." <p>* Las anteriores medidas garantizan entonces mecanismos de acceso e información permanentes para los Accionistas.</p>
3	La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	1	<p>La medida se adopta de acuerdo con lo definido en la Circular.</p> <p>* El reglamento de funcionamiento de la Asamblea de Accionistas está contenido en los estatutos sociales en el artículo trigésimo octavo y en el Código de Conducta y Buen Gobierno.</p>

4	<p>La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; sin embargo, de conformidad con lo establecido en los estatutos sociales y en el Código de Conducta y Buen Gobierno se garantiza el derecho de inspección.</p> <p>* El artículo quincuagésimo quinto señala: Los socios podrán ejercer el derecho de inspección sobre los estados financieros de propósito general y sus notas, sobre los informes emitidos por el revisor fiscal y, en general, sobre los libros y papeles de la sociedad, en los términos establecidos en la ley, en las oficinas de la administración que funcionen en el domicilio principal de la sociedad. En ningún caso, este derecho se extenderá a los documentos que versen sobre secretos industriales o cuando se trate de datos que de ser divulgados, puedan ser utilizados en detrimento de la sociedad. Dichos documentos, libros y papeles deberán colocarse a disposición de los accionistas durante los quince (15) días hábiles que precedan a la reunión de la Asamblea General de Accionistas en que deban aprobarse los estados financieros de propósito general, para que puedan ser examinados. En el acta de la reunión correspondiente, se dejará constancia del cumplimiento de este precepto.</p> <p>* En el Código de Conducta y Buen Gobierno se indica: "5. De la Asamblea General de Accionistas: En la organización y el funcionamiento de la Asamblea se tendrán en cuenta los siguientes postulados: ...A más de los medios estatutarios de convocatoria, se adoptarán las medidas que procedan para asegurar la información y citación a todos los accionistas, así como se les informará a los accionistas los resultados de las sesiones y se mantendrá actualizada la información en los medios abiertos por la Sociedad, también en los de carácter electrónico. ... Se adoptarán progresivamente medidas para facilitar el conocimiento de los asuntos por parte de los accionistas, mediante el envío de información previa, la sustentación adicional de informes o la participación en temas específicos de asesores. ... Se garantizará que los accionistas puedan ejercer adecuadamente el derecho de libre inspección."</p>
5	<p>La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos:</p> <p>a) El orden del día, evitando menciones genéricas</p> <p>b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión</p> <p>c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece</p> <p>d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar</p> <p>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</p>	0	<p>*La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; sin embargo,</p> <p>* La convocatoria en todos los casos, se realiza con la antelación establecida en la ley y en los estatutos</p> <p>* En el caso de convocatorias para reuniones extraordinarias, se incluye el orden del día como lo ordena la ley</p> <p>* La convocatoria comprende: lugar, fecha y hora de la reunión;</p> <p>* En caso que el Accionista desee hacer uso de su derecho de inspección, contacta a la Gerencia General o a la Secretaría General de la entidad, quien lo direcciona a la persona ante la cual ejercerá tal derecho</p> <p>* El mecanismo para que los asociados se informen sobre los temas a tratar, es la información que se les presenta durante la Asamblea, o antes, de conformidad con la respuesta anterior, salvo que se trate de reuniones extraordinarias en las que sea necesario remitir documentos previos para su discusión posterior;</p> <p>* Los candidatos para la composición de las juntas directivas y la información sobre ellos se presentan por parte de los asambleístas durante la reunión de la Asamblea, teniendo en cuenta en todo caso que de acuerdo con el Código de Ética y Buen Gobierno, los miembros de la Junta Directiva "... acreditarán a más de los requerimientos legales y estatutarios: Conocimientos adecuados al ejercicio de la función de que se trata. - Experiencia relacionada o indirecta que permita razonablemente establecer el adecuado desempeño de la misión de que se hará cargo. - Ser persona honorable y de reconocimiento ciudadano adecuado."</p>

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.	1	La medida se implementa en las reuniones de la Asamblea y se registra en las actas.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo, * Algunos de los aspectos son competencia de la Asamblea y otros están a cargo de otros órganos de la Administración, así: a) La Asamblea aprueba por competencia, todos los asuntos descritos en el literal a) de la política b) La Asamblea fija la remuneración de la Junta Directiva consistente en el pago de unos honorarios por sesión, tal y como está previsto estatutariamente c) La definición de la sucesión de la Junta Directiva es prerrogativa exclusiva de la Asamblea, órgano que la ejerce de acuerdo con sus facultades consagradas legal y estatutariamente d) La administración de activos estratégicos se encuentra estatutariamente asignada a la Junta Directiva, de acuerdo con la dinámica del tema que amerita decisiones expeditas y la Junta Directiva representa precisamente, los intereses de la Asamblea e) Todos los años la administración presenta a la Asamblea de Accionistas la cotización y portafolio de servicios de diferentes firmas de revisoría fiscal, siendo la Asamblea la que decide sobre el nombramiento de la misma * La creación de subordinadas como otras sociedades que son, estará a cargo de los inversionistas en las mismas * Finalmente, al respecto el Código de Ética y Buen Gobierno consagra que "La Junta Directiva velará porque sean de conocimiento de la Asamblea asuntos de especial trascendencia para la Compañía, a más de los que correspondan por Ley o Estatutos."
8	Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminén, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.	1	La medida se encuentra implementada, toda vez que siempre se advierte en la convocatoria a la Asamblea, sobre este derecho de los Accionistas.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo, * No se imparten instrucciones sobre el sentido de los votos y tampoco se promueve un modelo estándar de los poderes y por lo tanto no se hace llegar a los convocados ni se publica en la página web, porque los socios tienen libertad absoluta de empoderar e instruir a sus representantes como a bien lo tengan. * Si en las Asambleas ordinarias se va a discutir un tema diferente a los que normalmente se adelantan, se envía a los Accionistas información sobre el particular y cada uno de ellos en su fuero interno, instruirá a su representante en el sentido de su voto. Igual sucede en las Asambleas extraordinarias, en las que por ley, los asuntos a tratar deben estar inmersos en el orden del día, razón por la que si se trata de un asunto que amerita discusión, se les envía un texto con antelación sobre el particular.

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	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. En ese sentido, el reglamento de la Asamblea de Accionistas se basa en lo establecido en las normas del Código de Comercio y en los estatutos.</p> <p>* No obstante, desde el punto de vista práctico, a la Asamblea pueden acudir los invitados de los Accionistas, de la Junta Directiva o de la Gerencia General de la compañía, quien siempre está presente en las reuniones mencionadas.</p>
11	<p>Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular.</p> <p>El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de:</p> <p>a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos</p> <p>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.</p> <p>c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales.</p> <p>d) Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del Revisor Fiscal.</p> <p>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.</p> <p>f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la medida descrita. Las funciones consagradas en los literales a, b,c, y d para el Máximo Órgano Social en la Circular se encuentran citadas en los estatutos sociales:</p> <p>“ARTICULO TRIGÉSIMO OCTAVO: FUNCIONES.- Son funciones de la Asamblea General de Accionistas: a. Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos. b. Examinar, aprobar o improbar los estados financieros de propósito general con sus notas, cortados al final del respectivo ejercicio, así como los dictámenes que existan sobre los mismos y las cuentas que deban rendir los administradores. c. Disponer de las utilidades sociales y fijar los montos de los dividendos, así como la forma y plazos en que deben pagarse. d. Elegir a los miembros de la Junta Directiva, removerlos libremente y fijarles sus honorarios, nombrar al Revisor Fiscal de la sociedad y a su suplente, removerlos libremente y fijarles sus honorarios. e. Considerar los informes que le presente la Junta Directiva, la Gerencia General y el Revisor Fiscal. f. Constituir las reservas que deban hacerse, además de las legales. g. Resolver que determinada emisión de acciones ordinarias sea colocada sin sujeción al derecho de preferencia, para lo cual se requerirá el voto favorable de un número plural de socios que represente no menos del setenta por ciento (70%) de las acciones presentes en la reunión y previo el cumplimiento de lo establecido en el inciso tercero del artículo 388 del Código de Comercio y h. Las demás que señalen la ley y los estatutos y que no correspondan a otro órgano de la sociedad”</p> <p>* El supuesto relacionado en el literal e) se cumple de manera diferente, así: En lo relacionado con la Junta Directiva, por parte de la Asamblea; en lo relacionado con la Alta Gerencia, se cumple en parte por la Junta Directiva y en parte por la Gerencia General de la compañía, de conformidad con los estatutos sociales.</p>
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.	1	La medida se encuentra adoptada. La existencia del Grupo Empresarial se encuentra declarada en el registro mercantil, lo que garantiza su publicidad.
13	Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno –Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia– los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad y en consecuencia, no existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial pues las características y tamaño de dicho grupo no ameritan la adopción de dicha medida, la cual generaría duplicidad de funciones.

14	<p>Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas, que regula:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender. b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios. c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas. d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros. f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos. g) La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas. h) Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos i) La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial sensibilidad y rigor la política de administración de conflicto de interés, para asegurar, entre otras cuestiones, que las operaciones propendan hacia precios y condiciones de mercado. 	0	<p>En coordinación con la respuesta anterior, no existe un acuerdo de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de las empresas y sus subordinadas que regule de manera específica cada uno de los puntos relacionados en la medida pues por las razones expuestas, no se considera necesario. No obstante, resulta preciso informar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los estatutos sociales de cada una de las empresas establecen que la sociedad realizará todas aquellas operaciones que, dentro de los límites propios de su naturaleza y actividad, contribuyan al desarrollo de la unidad de propósito y dirección fijada por la matriz b) Existe reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre las diferentes entidades del Grupo Empresarial, las cuales benefician por igual a todos los Accionistas independientemente de su participación accionaria c) Cuando existen negocios entre las compañías que conforman el grupo empresarial, se regulan a través de contratos específicos d) No existen servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros e) El precio de los convenios, cuando a ello hay lugar, se fija con base en los precios de referencia cobrados por terceros que prestan los mismos servicios
15	<p>Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.</p>	0	<p>La medida no se adopta de acuerdo a lo citado en la Circular; sin embargo, se encuentra consignada en el Código de Ética y Buen Gobierno, en los siguientes términos: "3.2. Conflictos entre órganos de administración y dirección y altos funcionarios</p> <p>Los conflictos que se originen en el desempeño de las funciones propias entre dichos órganos, entre accionistas y con altos funcionarios, así como entre aquellos y éstos y los accionistas o inversionistas de la Sociedad, se resolverán por la vía del arreglo directo, en un término prudencial y empleando los métodos que resulten proporcionados al caso. Si el conflicto se relaciona con asuntos concernientes a la aplicación del Código de Ética, se ventilará ante las instancias señaladas por ese ordenamiento.</p> <p>Si no fuere posible el arreglo directo de la controversia, la misma será sometida a decisión de un (1) árbitro designado por la Cámara de Comercio del domicilio principal de la Sociedad, quien fallará en derecho la diferencia.</p> <p>La Junta Directiva podrá ejercer labores de intermediación y amigable composición en caso de suscitarse tales diferencias y de recurrirse a ella con ese propósito"</p>

16	Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan programas de IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar	N	No aplica
17	<p>Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. • Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. • Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. • Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. • Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. • Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. • Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. • Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. • Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. • Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. • Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva. • Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. • La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. • Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. • La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers". • Identificar las Partes Vinculadas. • Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia. • Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad. • Conocer y, en caso de impacto material, aprobar las operaciones que la entidad realiza con miembros del Máximo Órgano 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 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que el detalle de estas funciones no está definido para la Junta Directiva. No obstante, los aspectos en ella descritos, se encuentran a cargo de otras instancias en la compañía, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definición estratégica: A cargo de Gerencia General por mandato estatutario; cobertura geográfica también, por delegación de la Junta Directiva b) Medición y evaluación de la calidad de los servicios de salud y de los procesos de atención al usuario: A cargo de la Gerencia de Prestación y Jefatura de Atención al Usuario, respectivamente c) Planeación financiera y gestión de recursos: A cargo de Gerencia General por definición estatutaria y Gerencia de Prestación d) Aprobación del presupuesto anual y definición del plan estratégico: A cargo de la Junta Directiva e) Cada área identifica, mide y gestiona sus riesgos asociados. Las políticas: Son aprobadas por la Asamblea y gestionadas por Oficial de Cumplimiento f) Planes de sistemas de información: A cargo de todas las Gerencias en lo que a cada una de ellas compete g) SCI de la entidad y políticas del sistema de gestión de riesgos: A cargo de Jefatura Médica y de Calidad y Auditoría Interna; cumplimiento e integridad de políticas contables: A cargo de la Gerencia Financiera h) Propuesta a la Asamblea para la designación del Revisor Fiscal con todas sus previsiones: La realiza la administración i) Política general de remuneración de Junta Directiva: A cargo de Asamblea j) Política de sucesión de la Junta Directiva: A cargo de Asamblea k) Selección de miembros de la Alta Gerencia: A cargo de Junta Directiva; la de la Junta Directiva a cargo de Asamblea. Definición de funciones y responsabilidades, organización y deliberación órganos colegiados: Estatutos sociales. La compañía no ha implementado formalmente, en tanto que no es una exigencia legal, un plan de rendición de cuentas, l) Junta Directiva aprueba Código de Ética y Buen Gobierno m) Parámetros para normas de Gobierno Organizacional : Estatutos Sociales n) Políticas para las denuncias anónimas: Reguladas en Código de Ética y Buen Gobierno y Manual Sarlaft, documentos aprobados por la Junta Directiva o) Partes Vinculadas se identifican en la declaración de Grupo Empresarial p) Mecanismo para administrar conflictos entre las partes mencionadas: Reguladas en Código de Ética y Buen Gobierno q) Elección de Junta Directiva: Según lo previsto en los Estatutos Sociales r) Operaciones que involucren socios o Directores o funcionarios vinculados: Reguladas en el Código de Ética y Buen Gobierno

18	<p>La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de inversiones en activos de la entidad. • Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. • Transacciones con bienes inmobiliarios. • Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. • Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita. En los estatutos sociales están citados los siguientes puntos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de inversiones en activos de la entidad. • Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. • Transacciones con bienes inmobiliarios.
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.	1	<p>La medida se encuentra adoptada.</p> <p>La Junta Directiva está confirmada por tres miembros</p>
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 Directiva.	1	<p>La medida se encuentra implementada.</p> <p>* La Junta Directiva es nombrada por la Asamblea de Accionistas quien adopta los requisitos que en su criterio, son necesarios para el nombramiento de los Directores que la representan.</p> <p>* Los candidatos para la composición de las juntas directivas y la información sobre ellos se presentan por parte de los asambleístas durante la reunión de la Asamblea, teniendo en cuenta en todo caso que de acuerdo con el Código de Ética y Buen Gobierno, los miembros de la Junta Directiva "... acreditarán a más de los requerimientos legales y estatutarios: Conocimientos adecuados al ejercicio de la función de que se trata. - Experiencia relacionada o indirecta que permita razonablemente establecer el adecuado desempeño de la misión de que se hará cargo. - Ser persona honorable y de reconocimiento ciudadano adecuado."</p>
21	<p>Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido.</p> <p>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>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo todo Director suscribe una carta de aceptación para su inscripción en el registro mercantil, en la que acepta el nombramiento realizado por la Asamblea. Y aunque la carta no contempla todos los aspectos mencionados en la medida, tanto en los estatutos como en el Código de Ética y Buen Gobierno, se contemplan la mayoría de dichos aspectos.</p> <p>A los dignatarios de la plancha 2018-2019 se les remitieron copia de los Estatutos Sociales y Código de Conducta y Buen Gobierno. Dentro de lo citado en la medida, se cumple con: plazo del nombramiento; deberes y derechos; remuneración; terminación de la designación; reuniones estimadas; compromisos estimados de tiempo; conflictos de interés; programa de inducción; 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. También se cumple con declarar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>

22	<p>La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c) Directores ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.
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.	0	El reglamento de la Junta Directiva que se encuentra inmerso en los estatutos sociales, no considera explícitamente la medida, toda vez que la misma no está regulada en la normatividad.
24	En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos	1	La medida se encuentra implementada. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos
25	<p>Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:</p> <p>a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.</p> <p>b) Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.</p> <p>c) Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	0	<p>Aunque la medida no está adoptada formalmente a través del reglamento de la Junta Directiva, toda vez que la misma no está regulada en la normatividad, el Código de Ética y Buen Gobierno prevé lo siguiente:</p> <p>“3.1. Relacionamiento entre órganos de la Sociedad:</p> <p>Los órganos de dirección, administración y control de la Sociedad ejercerán sus funciones amparados por la aplicación de los siguientes postulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independencia, en tanto el desempeño de sus atribuciones se ejercerá con libertad de acción y criterio, sin sujetaciones diferentes a los requerimientos estatutarios. - Coordinación, en tanto operarán en el ámbito de sus propias competencias teniendo en cuenta siempre el bien social y mediante el empleo de los mecanismos de articulación y comunicación procedentes. - Responsabilidad, a más de las obligaciones y consecuencias legales que les corresponden a dichos órganos y a los altos funcionarios de la Sociedad, asumen un compromiso ético con la buena gestión empresarial y de responsabilidad individual frente a la misma y sus accionistas”
26	<p>Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. – 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. – 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. – 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes. 	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.

27	<p>La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:</p> <p>a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.</p> <p>b) Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.</p> <p>c) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>d) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo respecto de la misma se anota lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La identificación de perfiles que se necesitan en la Junta Directiva es una definición de la Asamblea que es el órgano que nombra a los Directores * En la Junta Directiva siempre hay Directores con amplio conocimiento y experiencia en asuntos administrativos y financieros, y en la organización existen perfiles con amplio conocimiento en salud que asesoran a la Junta Directiva cuando lo requiere * La identificación de los perfiles profesionales de los Directores de la Junta Directiva la realiza la Asamblea de Accionistas que es el órgano que los nombra * El tiempo y dedicación necesarios dependen de la complejidad de los asuntos a tratar en cada sesión de la Junta Directiva, garantizándose que en todo caso, en cada una de ellas se agote el orden del día correspondiente. Los miembros de la Junta Directiva no son de dedicación exclusiva a la misma.
28	<p>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 Director de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo respecto del tema el Código de Ética y Buen Gobierno dispone lo siguiente:</p> <p>3.1. Relacionamiento entre órganos de la Sociedad: Los órganos de dirección, administración y control de la Sociedad ejercerán sus funciones amparados por la aplicación de los siguientes postulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independencia, en tanto el desempeño de sus atribuciones se ejercerá con libertad de acción y criterio, sin sujetaciones diferentes a los requerimientos estatutarios. - Coordinación, en tanto operarán en el ámbito de sus propias competencias teniendo en cuenta siempre el bien social y mediante el empleo de los mecanismos de articulación y comunicación procedentes. - Responsabilidad, a más de las obligaciones y consecuencias legales que les corresponden a dichos órganos y a los altos funcionarios de la Sociedad, asumen un compromiso ético con la buena gestión empresarial y de responsabilidad individual frente a la misma y sus accionistas. <p>3.4. Condiciones para el ejercicio: Quienes ejerzan las funciones de dirección, administración o control en la Sociedad, acreditarán a más de los requerimientos legales y estatutarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos adecuados al ejercicio de la función de que se trata. - Experiencia relacionada o indirecta que permita razonablemente establecer el adecuado desempeño de la misión de que se hará cargo. - Ser persona honorable y de reconocimiento ciudadano adecuado.
29	<p>La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, no obstante, en la práctica, la Junta Directiva es el órgano que aprueba siempre y con antelación, toda la información que se presentará a la Asamblea de Accionistas.</p>
30	<p>El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. La Asamblea es quien elige de acuerdo con los intereses que desea preservar, a sus representantes en la entidad, como son los miembros de la Junta Directiva, por lo tanto la Junta Directiva no tiene incidencia en el nombramiento de sus miembros.</p>

31	Al momento de poseicionarse los Directores de la Junta Directiva, estos hacen una declaración juramentada de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus afiliados, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada. Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, no obstante, al momento de poseicionarse los miembros de la Junta Directiva, hacen una declaración juramentada de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus afiliados, 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> <p>Así mismo, el Código de Conducta y Buen Gobierno define lo siguiente:</p> <p>7. De la Junta Directiva y de sus miembros</p> <p>“La Junta Directiva ejercerá la función suprema de orientación y dirección de la Sociedad, como ejecutora de las instrucciones y mandatos de la Asamblea General de Accionistas. La Junta Directiva asume las funciones como órgano responsable de la política de buen gobierno de la Sociedad, para lo cual podrá asignar atribuciones al Gerente General, quien a su vez coadyuvará al desempeño de dicha misión.</p> <p>En las convocatorias a sesiones de Junta Directiva se aplicará especial celo por acopiar, sistematizar y presentar la documentación e información que permita la suficiente ilustración de sus miembros.</p> <p>15. Instancia del buen gobierno</p> <p>La Junta Directiva y en su representación el Gerente General, constituye la instancia del buen gobierno en la Sociedad. Expedirá las orientaciones e instrucciones que desarrolle los contenidos del presente Código así como orientará los recursos que se requieran para su cumplimiento y la adopción de las mejores prácticas empresariales en cuanto a desempeño adecuado de la Sociedad y de sus administradores”</p>
32	La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus Directores, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; sin embargo, el reglamento de la Junta Directiva con la mayoría de las características se encuentra en los estatutos sociales.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.
34	La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	1	La medida se adopta de la manera descrita. Los Estatutos Sociales señalan:
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 entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	0	“ARTICULO CUADRAGÉSIMO CUARTO: REUNIONES.- La Junta Directiva se reunirá en sesión ordinaria, una (1) vez por trimestre y extraordinariamente cuando sea convocada por el Gerente General de la Sociedad, por el Revisor Fiscal, o por dos (2) de sus miembros que actúen en calidad de principales”. Las reuniones están orientadas fundamentalmente, a realizar seguimiento a las estrategias de la entidad.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.

37	La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.
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	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; no obstante el Código de Conducta y Buen Gobierno contempla que " La Junta Directiva podrá establecer comités o grupos de trabajo de su seno para la consideración previa de asuntos que en todo caso, serán decididos por el órgano en pleno", tema que hasta ahora la Junta Directiva no ha visto la necesidad de implementarlos.
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. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, por las razones citadas en el punto 38.
40	Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité	0	Aplica la misma respuesta de la medida 38. La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; no obstante el Código de Conducta y Buen Gobierno contempla que " La Junta Directiva podrá establecer comités o grupos de trabajo de su seno para la consideración previa de asuntos que en todo caso, serán decididos por el órgano en pleno", tema que hasta ahora la Junta Directiva no ha visto la necesidad de implementarlo.
41	Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	0	Aplica la misma respuesta de la medida 38. La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; no obstante el Código de Conducta y Buen Gobierno contempla que " La Junta Directiva podrá establecer comités o grupos de trabajo de su seno para la consideración previa de asuntos que en todo caso, serán decididos por el órgano en pleno", tema que hasta ahora la Junta Directiva no ha visto la necesidad de implementarlo.
42	Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes	0	Aplica la misma respuesta de la medida 38. La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad; no obstante el Código de Conducta y Buen Gobierno contempla que " La Junta Directiva podrá establecer comités o grupos de trabajo de su seno para la consideración previa de asuntos que en todo caso, serán decididos por el órgano en pleno", tema que hasta ahora la Junta Directiva no ha visto la necesidad de implementarlo.

43	La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes	0	La medida no se adopta de acuerdo a lo definido en la Circular; no obstante, Unidad Médica y de Diagnóstico cuenta con un Comité de Calidad, liderado por la Gerencia y la Jefatura Médica y de Calidad, que vela por el mejoramiento continuo de indicadores de prestación de servicio.
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. Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, la compañía tiene una estructura robusta de control interno, asignada a otros órganos de la administración y en relación con el tema de la divulgación, el Código de Conducta y Buen Gobierno establece lo siguiente:</p> <p>“3. De los órganos de dirección, administración y control de la Sociedad</p> <p>*Son órganos de dirección y administración de la Sociedad: la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva y la Gerencia General</p> <p>*Los altos funcionarios de la Sociedad designados por la Junta Directiva o por la Gerencia General, ejercen la coordinación de sus operaciones y se someten al régimen especial de responsabilidades y compromisos establecido por el presente Código. En dicha condición se encuentran los suplentes de la Gerencia</p> <p>*La Revisoría Fiscal ejerce las funciones de vigilancia sobre la gestión social en los términos estatutarios y como agente de la Asamblea General de Accionistas”</p> <p>“6. De los accionistas: En particular podrán conforme al reglamento solicitar la práctica de auditorías especiales o requerir informes para que sean presentados en la sesión de la Asamblea”</p> <p>“10. Auditoría Interna</p> <p>*La Sociedad adoptará las medidas requeridas para la estructuración de esquemas internos de auditoría, con reportes periódicos y la práctica de mediciones y seguimientos que faciliten la consolidación de su sistema de gestión basado en los principios de la calidad.</p> <p>*La función de auditoría reportará directamente a la Gerencia General y podrá expresar sus informes y recomendaciones a la Junta Directiva de la Sociedad, para que dichos órganos adopten las medidas que resulten conducentes”</p> <p>*Por otro lado, los estatutos sociales contemplan lo siguiente: “ARTICULO QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO: FUNCIONES.- Son funciones del Revisor Fiscal: a. Cerciorarse de que las operaciones que se celebren o cumplan por cuenta de la sociedad, se ajusten a las prescripciones de los estatutos, a las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; b. Dar oportuna cuenta, por escrito, a la Asamblea General de Accionistas, a la Junta Directiva o al Gerente General, según el caso, de las irregularidades que ocurran en el funcionamiento de la sociedad y en el desarrollo de sus negocios; ...”</p>
45	Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, el Código de Conducta y Buen Gobierno establece lo siguiente:</p> <p>“10. Auditoría Interna</p> <p>*La Sociedad adoptará las medidas requeridas para la estructuración de esquemas internos de auditoría, con reportes periódicos y la práctica de mediciones y seguimientos que faciliten la consolidación de su sistema de gestión basado en los principios de la calidad.</p> <p>*La función de auditoría reportará directamente al Gerente General y podrá expresar sus informes y recomendaciones a la Junta Directiva de la Sociedad, para que dichos órganos adopten las medidas que resulten conducentes”.</p>

<p>f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados.</p> <p>g) 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>h) 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>i) 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>j) 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>k) Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.</p> <p>l) Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.</p> <p>m) Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.</p> <p>n) Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.</p> <p>o) 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>p) 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> <ul style="list-style-type: none"> i. Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad. ii. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos. iii. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna. 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. v. Las observaciones formuladas por los órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso. vi. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por el mismo, 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. vii. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno. 			
46	En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría	0	La medida no se ha adoptado, puesto que no está regulada en la normatividad.

47	<p>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 en gobierno organizacional.</p> <p>Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo.</p> <p>En el caso de que la EPS, la EMP o el SAP haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, no obstante el Código de Conducta y Buen Gobierno no es ajeno a la incidencia de la Junta Directiva en el Buen Gobierno Corporativo, tal y como se establece entre otros, en los siguientes postulados:</p> <p>* Compromiso Institucional</p> <p>La Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. UMD, sociedad anónima de carácter privado, en su condición de institución habilitada para la prestación de servicios de salud, en los términos de los programas ofrecidos, y con operación actual en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Chía, Ibagué, Manizales, Medellín, Neiva, Pereira, Villavicencio y Yopal; a través de su Junta Directiva expresa su compromiso con la gestión ética y con la adopción progresiva de las mejores prácticas en lo que se refiere a la instauración del régimen de buen gobierno empresarial, para lo cual, en acatamiento de las prescripciones contenidas en el artículo 40, literal h) de la Ley 1122 de 2007 y según las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, acoge como instrumento del sistema de calidad y gestión ética institucionales el siguiente Código de Buen Gobierno, que contiene los principios y directrices para el ejercicio del liderazgo y el desarrollo funcional de los órganos de dirección de la Sociedad.</p> <p>* 14. Responsabilidades especiales</p> <p>Los miembros de los órganos de dirección y administración y altos funcionarios de la Sociedad asumen dentro de las pautas del buen gobierno empresarial los siguientes compromisos de gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercer hacia dentro y hacia afuera de la Sociedad un desempeño ético conforme los parámetros empresariales. - Abstenerse de realizar comportamientos que puedan comprometer el buen nombre de la Sociedad o colocar en riesgo su patrimonio. - Asumir liderazgo organizacional, en especial en lo atinente a la gestión ética y la promoción de la cultura organizacional para el servicio de salud. - Participar en actividades gremiales y de sector y mantener disponibilidad al diálogo y la concertación. <p>* 15. Instancia del buen gobierno</p> <p>La Junta Directiva y en su representación el Presidente, constituye la instancia del buen gobierno en la Sociedad. Expedirá las orientaciones e instrucciones que desarrollen los contenidos del presente Código así como orientará los recursos que se requieran para su cumplimiento y la adopción de las mejores prácticas empresariales en cuanto a desempeño adecuado de la Sociedad y de sus administradores.</p> <p>En ese carácter velará porque se realicen las investigaciones, aclaraciones y reportes que sean del caso, bien al interior o hacia afuera de la Sociedad, con observancia del fin social y del propósito de conservar el patrimonio de la Sociedad.</p>
----	--	---	--

48	<p>El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los afiliados 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. 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. d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros significativos con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial. e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior. g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. h) Proponer el nombramiento y remoción del Presidente Ejecutivo, Gerente General o cargo equivalente, así como su remuneración. i) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos. 	0	Aplica la misma explicación de la medida anterior No. 47.
49	<p>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 actuaria 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.</p> <p>Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, y de acuerdo con lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud, la Compañía cuenta con el Sistema de Administración de Riesgos y Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad PAMEC, a través del cual se realiza planeación y seguimiento a los riesgos en salud.</p>
50	<p>Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. • 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. • 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. • Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos estándares relacionados con la seguridad del paciente. • 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.). 	0	<p>Considerando lo citado en la respuesta anterior, se aclara además que lo relacionado en la medida es desarrollado por otras áreas y en varios comités que sesionan mensualmente: Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE, Comité de Historias Clínicas, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Infecciones, Comité de Farmacovigilancia, Comité de Calidad y Comité de servicio.</p> <p>La entidad cuenta además con las siguientes políticas institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de humanización • Política de atención centrada en el paciente • Política de seguridad del paciente • Política de consentimiento informado

51	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, por cuanto no se encuentra regulada en la normatividad. No obstante, Unidad Médica y de Diagnóstico cuenta con un Comité de Ética que funciona de acuerdo a lo definido en el mismo:</p> <p>“Comité de Ética</p> <p>*Sin perjuicio de la intervención de instancias éticas externas, en particular en lo que respecta al ejercicio de las profesiones asociadas a la salud, en la Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. operará dependiente directamente de la Gerencia General un Comité de Ética, integrado por el Gerente y dos (2) funcionarios más de la Unidad, el cual podrá ser asesorado por expertos en temas de ética, bioética y ética de la salud.</p> <p>*Dicho Comité será el encargado de conocer y resolver las consultas y quejas que internamente se presenten en razón de la aplicación de los postulados éticos y de los preceptos de este Código.</p> <p>*Para el conocimiento y el impulso de investigaciones y estudios relacionados con cuestiones de bioética y aplicación de tecnologías al servicio de salud, el Comité podrá crear un grupo de apoyo especializado, entre los funcionarios de la Unidad o personas relacionadas.</p> <p>*El Comité de Ética conocerá los casos que ante él se ventilen, en forma directa por los interesados o por conducto de sus superiores y/o coordinadores. Analizará los elementos de juicio que procedan y señalará las directrices que correspondan, para ejecución de la Gerencia o actuación del interesado y con reporte a la Junta Directiva cuando el asunto lo amerite.</p> <p>*El Comité de Ética definirá sus reglas de organización y operación, bajo las orientaciones de la Gerencia”</p>
52	<p>Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. • Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. • Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. • 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 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, Unidad Médica y de Diagnóstico cuenta con un Comité de Ética que desarrolla las funciones mencionadas en la medida.</p>
53	<p>El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que no está reglado en la normatividad. No obstante, la Compañía cuenta con un Manual SARLAFT, debidamente aprobado por la Junta Directiva, el cual incluye las políticas relacionadas con esta materia. Adicional existe un Modelo de Prevención de Delitos que se implementa con la sociedad matriz y que también establece políticas y procedimientos para la prevención de diferentes delitos.</p>
54	<p>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 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que no está reglado en la normatividad. No obstante, de acuerdo con las políticas del SARLAFT y del Modelo de Prevención de Delitos, se han establecido actividades de validación y control con el fin de identificar e implementar oportunamente las medidas o correctivos pertinentes.</p>

55	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas. b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural. c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos. d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno. e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones. f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación). g) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos). h) 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 o 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 sistema general de la seguridad social en salud. 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que no está reglado en la normatividad. No obstante, de acuerdo con el Manual SARLAFT y, la Compañía cuenta con políticas anticorrupción, relación con funcionarios públicos, debida diligencia, conflictos de interés, donaciones. Unidad Médica y de Diagnóstico (UMD) administra el riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), a través del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT), que es de obligatoria aplicación y cumplimiento por parte de sus Accionistas, Junta Directiva, Empleados, Clientes, Proveedores, Contratistas, y demás terceros relacionados, es decir, de todas las contrapartes de UMD. El documento incluye el procedimiento para la identificación del riesgo; el flujo de operación; la debida diligencia; el conocimiento de personas expuestas políticamente; el control del dinero en efectivo; el control y monitoreo de operaciones sospechosas; las señales de alerta generales y específicas y las funciones de control interno (de la Junta Directiva, el oficial de cumplimiento, auditor interno y revisor fiscal).</p>
56	<p>La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:</p> <p>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 afiliados, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.</p> <p>En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los límites por ella establecidos.</p> <p>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 a aplicables.</p> <p>Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.</p> <p>Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada. La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, basado en la documentación de los subprocesos a través de flujo de operación, narrativas y matrices que contienen los riesgos identificados por los dueños de proceso para su gestión.</p> <p>Mediante esta metodología los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos.</p> <p>Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes.</p> <p>La metodología se encuentra establecida de manera formal en un manual que está disponible en la intranet de la Compañía, en donde se establecen claramente los roles y responsabilidades de cada uno de los colaboradores y se define como un proceso transversal con participación desde la alta gerencia hasta el nivel inferior.</p> <p>Dicha metodología hace parte del plan de capacitación institucional y en casos puntuales Auditoría brinda asesoría y acompañamiento para su aplicación.</p> <p>Al final del proceso se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación.</p>

57	<p>La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (I) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada. La estructura del sistema de control interno de la Compañía está definida bajo el marco de los siguientes elementos consolidados en una matriz general de riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente de Control, que incluye la definición de políticas, principios éticos y valores institucionales, una estructura organizacional con segregación adecuada de las responsabilidades y deberes, administración del recurso humano con calidad adecuada de acuerdo con las responsabilidades y un área de auditoria que cumple un rol de asesor y apoyo para el fortalecimiento del control interno. 2. Evaluación de riesgos, mediante la metodología establecida a través del proceso de certificación de control interno, con el cual las áreas identifican, valoran y administran sus riesgos críticos y monitorean sus controles, de manera que puedan cumplir los objetivos establecidos. 3. Actividades de control, establecidas a través de un sistema de autorizaciones y procedimientos de registro que brindan una seguridad razonable, segregación adecuada de funciones, políticas y procedimientos para el manejo y control de los bienes, recursos e información, documentación de procesos, actividades de autocontrol, entre otros. 4. Información y comunicación, mediante políticas y procedimientos de acceso a los datos y manejo de información y comunicaciones, sistemas que aseguran el flujo de información y la calidad e integridad de la misma. 5. Supervisión y seguimiento a través de las actividades de autocontrol incorporadas en los procesos y operaciones de la Compañía, cuyo objetivo es la evaluación y mejora permanente, así como las revisiones independientes por parte del Auditoria Interna, externa y otras. <p>Se aclara además que la IPS cuenta con medidas internas de control y monitoreo que se desarrollan a través del Plan de Mejoramiento para la Auditoria de la Calidad; el Sistema de Administración del Riesgo y la ejecución del plan y cronograma de auditoria interna que evalúa de manera secuencial y ordenada las actividades, programas y protocolos institucionales, debidamente documentados y socializados a las áreas analizadas</p>
----	---	---	---

58	<p>En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés. 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. 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. 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>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 actualizarse en forma periódica.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) y b) Los principios básicos y lineamientos de conducta están definidos formalmente en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Compañía, aprobado por la Junta Directiva, socializado a todos los colaboradores y publicado en la intranet institucional. Estas normas son de estricto cumplimiento para todos los colaboradores. c) Se cuenta con políticas y procedimientos de selección de personal establecidas formalmente en un manual, que señalan las competencias y habilidades requeridas para los cargos. Adicionalmente existe una definición de roles y responsabilidades para los diferentes cargos en la organización. d) Se definen las metas crucialmente importantes de la Compañía de acuerdo con los objetivos estratégicos de la entidad y el sector y de acuerdo con ello se establecen las estrategias a nivel operativo, tendientes al logro de dichos objetivos, los cuales también están alineados con los objetivos de reporte y cumplimiento, los cuales son de estricta observación por parte de la Administración. <p>No obstante lo anterior, no existe un documento formal con el detalle de los objetivos a nivel operativo, de reporte y de cumplimiento, que sea socializado a todos los niveles y actualizado periódicamente.</p> <p>Adicionalmente, es importante anotar que la IPS actualiza periódicamente sus políticas institucionales de atención, y socializa tanto a los pacientes como a sus colaboradores los principios que rigen la operación y la prestación de los servicios; establece además los lineamientos de conducta a través del reglamento interno del trabajo; el comité de ética institucional, y los comités primarios. Define claramente el cronograma de inducción, entrenamiento y reentrenamiento para cada uno de los cargos y cuenta con perfiles de cargo establecidos y socializados.</p>
----	---	---	--

59	<p>La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas. 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 incluyen como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. 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. d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos. 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. f) Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal. g) Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración. h) Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se selecciona la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente. i) Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos. j) Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes o acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normatividad vigente. k) Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento). l) Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud y la normatividad vigente en la materia. 	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>La administración de riesgos en la Compañía se efectúa bajo el modelo COSO</p> <p>*La identificación clasificación priorización medición y control de los riesgos operativos y de Sarlaf se realiza a través de matrices de riesgo construidas sobre la base de la experiencia y el conocimiento de cada dueño de proceso.</p> <p>* El riesgo en salud se maneja de acuerdo con los lineamientos de Supersalud, para la identificación de las amenazas, priorización de su valoración, medición de impacto, frecuencia y medidas de control.</p> <p>*Se aplica metodología para la medición y evaluación de los riesgos con criterios estándar para el análisis y determinación del impacto y la probabilidad de ocurrencia obteniéndose el nivel de riesgo inherente y residual.</p> <p>*Las matrices contienen los controles establecidos por el dueño de proceso para mitigarlos y periódicamente desarrollan procesos de autocontrol mediante los cuales revisan el diseño y eficacia operativa de dichos controles permitiendo detectar y corregir fallas o inconsistencias</p> <p>*A partir de las matrices se elaboran mapas de riesgo de subprocesos los cuales son revisados y actualizados periódicamente por el dueño de proceso según cambios internos o externos que afecten su funcionamiento</p> <p>*Las matrices de riesgo son conocidas por todo el personal que participa en el proceso y en las revisiones de monitoreo de los controles clave.</p> <p>*El dueño de proceso analiza y determina el tratamiento que dará al riesgo con el fin de llevarlo a un nivel inferior.</p> <p>*Existe un reporte de observaciones resultantes del monitoreo de los controles y las revisiones por parte de Auditoria Interna en caso de deficiencia o falla en los controles.</p> <p>*Auditoria Interna y Externa efectúan revisiones independientes sobre funcionamiento de controles de procesos clave.</p> <p>*El reporte de observaciones del monitoreo y las señaladas por auditoria permiten el establecimiento de planes de mejoramiento.</p> <p>*Se cumplen las instrucciones de la SNS sobre gestión de riesgos.</p>
----	--	---	--

60	<p>La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 correctivos necesarios b. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software. c. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema. 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. e. Segregación de funciones. f. Acuerdos de confidencialidad. g. Procedimientos de control aleatorios. h. Difusión de las actividades de control. 	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>a) El Comité de Gerencia se reúne semanalmente con su grupo primario, para analizar la gestión respecto al cumplimiento de las estrategias, objetivos y determinar los factores internos y externos que pueden afectar los resultados. En caso de presentarse alguna situación relevante se realiza seguimiento de manera inmediata y se definen las medidas pertinentes. De igual forma sobre temas relevantes se solicita informe al responsable y se efectúa seguimiento permanente.</p> <p>De otra parte, Auditoría Interna reporta de manera permanente al Gerente General los resultados de las revisiones llevadas a cabo de acuerdo con el plan anual de trabajo, el cual está definido según los objetivos estratégicos de la Compañía y la evaluación de los riesgos significativos. También informa los resultados de evaluaciones especiales y de temas específicos que ha solicitado la alta gerencia.</p> <p>b) y c) La Compañía tiene establecidos controles gestionados por la Dirección de Soporte y Comunicaciones relacionados con la administración de accesos de usuarios a los sistemas de información de la compañía. Estos privilegios de acceso son gestionados a través de roles de usuarios y son retirados cuando el usuario cambia de área o cuando se retira de la Compañía.</p> <p>d) El acceso del personal a las instalaciones está controlado mediante carné institucional y biométrico. Para visitantes se lleva un registro de nombre e identificación, con tarjeta de acceso y aviso por chat interno al área respectiva.</p> <p>Las áreas sensibles del centro de cómputo cuentan con control de acceso a personal autorizado con puertas con biométricos y clave. Las claves son otorgadas a personal autorizado administrado por Soporte Tecnológico, se tiene establecido un procedimiento de la seguridad física.</p> <p>e) Los procesos están estructurados considerando una adecuada segregación de funciones, para asegurar que ninguna persona tenga la autoridad para ejecutar dos o más transacciones sensibles en conflicto. Este control es evaluado a través de las revisiones de auditoría interna.</p> <p>f) Todo el personal ha suscrito un "otro si" al contrato laboral con cláusulas de confidencialidad para el manejo de la información y los datos.</p> <p>g) De manera adicional a las revisiones de autocontrol que llevan a cabo las áreas sobre sus controles clave, Auditoría Interna realiza validaciones aleatorias con el fin de comprobar su eficacia y desempeño.</p> <p>h) La metodología de revisiones de autocontrol que hacen parte del proceso de certificación de control interno, fue divulgada al personal desde su implementación, hace parte de la capacitación institucional y el manual está disponible en la intranet de la Compañía.</p> <p>En la capacitación de ingreso al personal nuevo se comunica la labor de revisión, acompañamiento y asesoría que desarrolla el área de Auditoría Interna al interior de la organización.</p>
----	--	---	--

61	<p>Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.</p> <p>La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar la información que se recibe y su fuente. b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma. c) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes. d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse. 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. f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo. g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada. h) Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo. i) Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros). j) Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda). k) Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia. l) Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros. m) Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento. n) Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios. 	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cumple b) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso c) La captura de la información se realiza mediante interfaces interactivas y la transmisión por integración entre sistemas. d) Se cuenta con proceso de control de calidad de datos en los diferentes procesos. e) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico. f) La información para entrega a terceros y entes regulatorios se realiza por personas específicas e idóneas para hacerlo. De igual forma documentos o comunicados oficiales las prepara el área jurídica o áreas cuya función incluye emitir documentos a clientes o terceros. g) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso h) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros. i) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico. j) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico. k) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros. Se cuenta con planes de pruebas de recuperación para validar la eficacia. l) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso / se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico. m) Se cuenta con plan de análisis de vulnerabilidades, de actualización de arquitectura de hardware y software. Control de cambios en aplicaciones n) Cumple
62	<p>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 a 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>	1	<p>La medida es adoptada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad cuenta con manuales de Políticas, de Proceso y circulares reglamentarias debidamente publicadas y con acceso electrónico mediante la INTRANET CORPORATIVA. * El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso * Se cuenta con un Datacenter propio con todas las características de seguridad tanto física como lógica para garantizar la seguridad, confidencialidad y disponibilidad de la información

63	<p>A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente a control tercero para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Por definición de los roles y responsabilidades (matriz manual) de cada proceso en materia de protección de datos personales, el tratamiento de información relacionado con fines estadísticos y que no exija una estructura específica para el reporte de información, en virtud del cumplimiento del ordenamiento jurídico a los entes de control, se debe anonimizar reduciendo al máximo el nivel de detalle de los datos, evitando identificar a un titular de los datos. Así mismo, los dueños de los procesos que remiten información a terceros diferentes a entes de control antes mencionados, solicitan la validación de la estructura del reporte al oficial de protección de datos personales de la Entidad. * El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso. Adicional a esto se tienen implementados protocolos seguros HTTPS, para el transporte seguro de la información a través de la red. * La entidad implementó la herramienta TDM (CA tecnología) que permite el enmascaramiento de datos para ambientes de desarrollo y pruebas.
64	<p>A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>En la Asamblea Ordinaria, cuyos documentos se encuentran a disposición de esa Superintendencia, se presenta siempre el informe sobre la materia, exigido por la Ley 222 de 1995</p>
65	<p>Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>La compañía cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Una Política de Seguridad de la Información la cual se encuentra publicada. * Los colaboradores cuentan con acuerdos de confidencialidad firmados respecto del manejo de la información. * La firma de los contratos con terceros cuentan con los acuerdos de confidencialidad y manejo de datos personales, previamente validados por el Oficial de Protección de Datos. * La entidad cuenta con Oficial de Seguridad de la Información y Oficial de Protección de Datos quienes velan por el correcto cumplimiento de los acuerdos.
66	<p>Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.</p>	1	<p>La medida es adoptada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Todos los empleados al momento de su vinculación, certifican el entendimiento que tienen sobre las funciones que les serán asignadas, al momento de la firma del contrato de trabajo. * En la inducción institucional se da a conocer las funciones del área de auditoría y control interno y se les manifiesta que el control interno de la compañía es responsabilidad de todos * Posteriormente reciben capacitación sobre la forma en que deben ejercer tales funciones y desarrollan actividades específicas relacionadas con los procesos que son motivo de auditoría de control interno * La compañía adelanta cursos virtuales periódicos de actualización, sobre los diferentes tópicos que le atañen para su ejercicio * También periódicamente se refuerzan a través de correspondencia electrónica, las políticas corporativas Dentro del perfil de cada cargo están establecidos los roles y responsabilidades de cada colaborador * Los medios para comunicar información significativa al exterior y al interior de la compañía son: La Intranet, página web y circulares informativas

67	<p>Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicación. <p>Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad, suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.</p>	1	<p>La medida se adopta de acuerdo a lo definido en la Circular. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Canales de comunicación: Correo electrónico, televisión circuito cerrado, SMS, página web, Revista VB, App, portafiches, material pop, etc b. Responsables de su manejo: Profesional de Mercadeo para Unidad Médica y de Diagnóstico c. Requisitos de la información que se divulga: En todo caso la información que se divulga debe ser objetiva, clara, oportuna y real. d. Frecuencia de la comunicación: Se define de acuerdo a la necesidad del mensaje trasmítido y de las áreas solicitantes e. Responsables.: Profesional de Mercadeo para para Unidad Médica y de Diagnóstico f. Destinatarios: Clientes internos y externos g. Controles al proceso de comunicación: En todo caso se asegura revisión y aprobación del Jefe de Mercadeo y del Vicepresidente de prestación <p>Las jefaturas de proceso además, adoptan los procedimientos necesarios para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para la divulgación de la información</p>
68	<p>La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u Órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <p>La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, mediante el cual los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos.</p> <p>También se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación. De acuerdo con la metodología establecida, en caso de identificarse deficiencias materiales estas deben reportarse a casa matriz, sin embargo a la fecha no se han presentado.</p> <p>Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes y por su parte la auditoría externa de casa matriz, adelanta también las verificaciones respectivas y el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior.</p> <p>Dentro de la evaluación del proceso de Certificación de Control Interno se incluye además la validación de los cinco elementos del control interno, reunidos bajo una matriz, sobre los que se efectúan pruebas y se emite el informe correspondiente.</p> <p>Es importante además anotar que los procesos y procedimientos de causa médica, odontológica o asistencial reciben constante auditoría interna y control y supervisión por cada jefe del área. Las comunicaciones técnicas científicas que se socializan son evaluadas través de la plataforma documental Actualízate</p>
69	<p>La entidad utiliza empresas de Auditoría Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloría Interna, y haciéndoles seguimiento.</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera: El proceso de certificación de control interno es objeto de revisión periódica por parte de la auditoría externa de casa matriz, quien adelanta las verificaciones respectivas, el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior y emite el informe correspondiente a la Gerencia General y casa matriz.</p>

70	<p>La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Unidad Médica y de Diagnóstico cuenta con grupo de auditoría médica y odontológica que realiza verificación de requisitos de habilitación, calidad, oportunidad, accesibilidad, servicio integralidad y continuidad, que son socializados mensualmente en el Comité de Historias Clínicas, Servicio y de Calidad, posterior al cual se define plan de mejoramiento que se revisa en el Comité siguiente. * Cuenta además con procedimiento de retroalimentaciones a colaboradores de acuerdo con las desviaciones evidenciadas, debidamente documentado y mediante el cual se define el orden jerárquico de intervención.
71	<p>Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera: el representante legal de Unidad Médica y de Diagnóstico presenta de manera periódica los indicadores de calidad nacional, los planes de mejora, y los avances del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. Socializa además los resultados del programa de seguridad del paciente y define los planes de acción resultantes.</p>

72	<p>La Junta Directiva u Órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.</p> <p>Tales políticas se refieren, cuando menos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c. Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d. Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e. Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios. f. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios. 	1	<p>La medida se adopta de la manera descrita de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Las normas y políticas de gestión se regulan por las normas sobre la materia, las cuales son adoptadas por la compañía, quien además tiene un modelo propio de procesos e indicadores para lograr estándares de calidad óptimos y percepción del servicio alto, y que comprende indicadores de oportunidad, accesibilidad y calidad en la atención, los cuales se gestionan en forma continua con procesos de retroalimentación a la red contratada, estructurando programas y seguimiento para las enfermedades de mayor externalidad; * Estándares de calidad en la atención en salud: El seguimiento a los estándares de calidad se realiza de manera mensual en los comités institucionales de Unidad Médica y de Diagnóstico como: comité de historias clínicas; comité de infecciones; comité de farmacovigilancia; comité de gestión ambiental; comité de calidad; comité de seguridad del paciente. En estos comités presididos por la Gerencia de Prestación y las jefaturas de área, además de socializar los indicadores, se definen los planes de mejoramiento respectivos y el modelo de seguimiento de cada desviación encontrada. * Estructura y procesos: debidamente documentados, socializados e ingresados a la plataforma documental e intranet para disponibilidad de los colaboradores. En los mismos se incluyen los indicadores de seguimiento por áreas. * Procesos de auditoría interna y externa; El seguimiento a la seguridad clínica, pertinencia y continuidad en la atención, se realiza a través de procesos de auditoría médica, mediante los cuales se verifican los requisitos de habilitación de cada sede de Unidad Médica y de Diagnóstico y la pertinencia de los servicios, calidad de registros clínicos y la adherencia a guías de práctica clínica. Auditoría médica y odontológica además analiza los indicios de atención insegura y realiza seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos. Auditoría médica apoya y realiza seguimiento a las guías de práctica clínica, resultantes del análisis del perfil epidemiológico de la población y las enfermedades de mayor relevancia clínica y de costo. De manera trimestral se realiza auditoría externa a las historias clínicas, programas de riesgo, y adherencia a guías de práctica clínica, resultados que son socializados a auditoría interna, Gerencia de prestación y jefatura de áreas para definir planes de mejora cuando aplique. * Cultura de calidad en salud mediante programas de entrenamiento: se realiza y evalúa a través de la plataforma documental Actualízate para todos los colaboradores. Esta plataforma integra todo el programa de capacitaciones y contiene las evaluaciones que deben presentar los colaboradores que ingresan a la misma. El cronograma de capacitaciones se desarrolla por cada perfil; aplica tanto para el área administrativa como asistencial y es evaluable continuamente.
73	<p>Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	1	<p>La medida se aplica a través del siguiente procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Control Interno: Dentro del proceso y flujogramas de cierre anual contable y reporte de estados financieros, se encuentran los pasos a seguir, así como las matrices de riesgos que contienen los controles sobre los mismos generando seguimiento por parte del área generadora (contabilidad -financiera), así como por el área de auditoría, quienes realizan revisiones dependiendo de la calificación del riesgo y acompañamiento en los planes de acción de encontrar algún hallazgo. * Auditoria y Revisoría fiscal: tanto el área de Auditoria como revisoría fiscal generan plan de auditoria y cronograma que es ejecutado durante cada vigencia, donde de encontrar hallazgos son reportados directamente a Gerencia General y Asamblea de Accionistas. * Reporte a Asamblea de Accionistas y Junta Directiva: Anualmente de acuerdo con los estatutos de la compañía, se emiten estados financieros y notas de revelación, donde se evidencian las cifras previamente auditadas, documento que es suscrito por el Representante Legal, el Contador y el Revisor Fiscal de la entidad.

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	1	De acuerdo con lo citado en el punto anterior, la medida se aplica periódicamente. Ante Junta Directiva y en Asamblea, se socializan los resultados de control interno asociados a información financiera; se toman decisiones de acuerdo con lo evidenciado y se realiza seguimiento periódico a los indicadores financieros. En caso de identificarse fallas en la calidad de información, se realiza reporte de lo evidenciado, los planes de acción inmediatos y a largo plazo y las acciones preventivas.
75	<p>La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable. 	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> *a) Supervisión de los procesos contables: los procesos de cierre contable y generación de estados financieros se encuentran establecidos y cubren lo mencionado como se evidencia en las diferentes conciliaciones generadas tales como: bancos, cajas, vinculados, diferidos entre otras. *b) Evaluaciones : la compañía cuenta con el área de tecnología quien ejecuta y administra los accesos a los aplicativos y archivos por usuario, respecto al software correspondiente al área financiera Great Plains, tiene perfiles asignados a través de funciones y tareas de seguridad, sobre el que se ejerce el respectivo control, así como el área de revisoría fiscal en sus controles anuales *c) Presentación de informes de seguimiento: mensualmente se genera información de cierre, donde se evalúa el resultado mensual, dicho resultado es reportado semestralmente a la Superintendencia de salud mediante circular única, cuyos archivos son revisados y firmados digitalmente por Revisoría Fiscal y también es presentado en Junta Directiva cuando se reúnen y reportado en el consolidado a casa matriz *d) Validaciones de calidad de la información : Dentro del proceso de auditoría así como con la generación de conciliaciones establecidas, se realiza la validación de lo mencionado. *e) Comparaciones, inventarios: Los inventarios de activos fijos son realizados de acuerdo con una planeación, mediante un cronograma a ser ejecutado durante el año de acuerdo con las políticas internas, sobre el que se realiza seguimiento y planes de acción , en dichos inventarios existe el acompañamiento por parte del área de auditoría. *f) Supervisión. El área de tecnología tiene protocolos de backup de seguridad sobre el aplicativo contable. Adicional el área de contabilidad genera informes que permiten visualizar el correcto funcionamiento mediante el análisis en conciliaciones de movimientos vs saldos finales. *g) Autorización apropiada de las transacciones: Al existir los procesos de integraciones automáticas y flujos de aprobación por los funcionarios autorizados, se asegura el correcto registro de las transacciones, teniendo en cuenta que son reportados por los diferentes satélites de la compañía. Adicional con el proceso de auditoría por parte de Revisoría se evidencia el correcto funcionamiento o posibles hallazgos. *h) Autorización y control de documentos con información financiera: Los reportes de información financiera requeridos por la Superintendencia de salud, de acuerdo con lo establecido generan proceso de revisión por Revisoría y firma digital por parte de Representante Legal, contador y Revisoría Fiscal * i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades : Las funciones del área contable y sus actividades están delimitadas desde los perfiles de cargo y seguridad en el sistema de información.
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	1	La medida se adopta de la siguiente manera: La compañía cuenta con políticas documentadas en manuales de proceso, circulares, cláusulas en contratos de trabajo y cláusulas en contratos administrativos.

77	<p>La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye por lo menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita; sin embargo los literales relacionados con administración de la calidad; desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura informática y la administración de operaciones de tecnología y documentación, se encuentran actualmente en implementación.</p> <p>El cumplimiento de cada literal de la medida es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cumple b) En implementación c) Cumple d) Cumple e) Cumple f) Cumple g) Cumple h) En implementación. i) Cumple j) Cumple k) Cumple l) Cumple m) Cumple n) Cumple (en implementación)
----	--	---	--

78	<p>Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno</p> <p>3.3.3.4.1 Junta Directiva u órgano equivalente</p> <p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de:</p> <p>a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.</p> <p>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.</p> <p>f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar La independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.</p> <p>g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.</p> <p>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.</p> <p>i) Requerir las aclaraciones y formular Las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración.</p> <p>j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos.</p> <p>k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente.</p> <p>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</p> <p>m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes, de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna.</p> <p>n) Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCJ 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>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo respecto de la misma se manifiesta que todos los aspectos relacionados en la medida se desarrollan a través de diferentes instancias de la compañía, tales como, por vía de ejemplo:</p> <p>*En los estatutos sociales están citadas las funciones de la Junta Directiva relacionadas con el punto 1 de la medida: "ARTICULO CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO. FUNCIONES.- La junta ejercerá las funciones y atribuciones expresamente señaladas en la ley, así como las que a continuación se establecen, y desarrollará las estrategias, políticas y lineamientos de la Compañía, atendiendo el contenido de los acuerdos celebrados entre los Accionistas de la Sociedad. Son funciones de la Junta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social, de acuerdo con la naturaleza y actividad de la sociedad. 2. Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias. 3. Disponer la ejecución de todos los actos y contratos tendientes al cumplimiento de los fines y propósitos sociales. 4. Decretar el establecimiento de sucursales y agencias en otros lugares del país o del exterior..." <p>Los puntos adicionales citados en la medida se desarrollan de la siguiente manera:</p> <p>* La entidad adelanta anualmente un ejercicio de planeación estratégica con todos sus funcionarios hasta de tercer nivel, sin perjuicio que si eventualmente llegare a ser necesario, se redireccione antes de terminar el período para el que fue concebido</p> <p>* Existen estrategias y políticas de control interno desarrolladas por la Auditoría Interna y la Casa Matriz, ejecutadas por todos los funcionarios de la compañía</p> <p>* Las líneas de responsabilidad de la compañía se encuentran establecidas en los estatutos y en la descripción interna de funciones</p> <p>* Con respecto a la capacidad de la Junta Directiva para solicitar los informes y ejercer los controles que a bien tenga lugar, se anota que de acuerdo con los estatutos sociales la misma puede ejercerse por el mencionado órgano de la administración, sin limitación alguna</p>
----	---	---	---

79	<p>Representante Legal</p> <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> <ul style="list-style-type: none"> a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI. b) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos. 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. d) Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI. <p>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 comprendan la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. f) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. g) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. h) 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. i) 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. j) 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. k) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. l) 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>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>	0	<p>*La medida no se adopta de acuerdo a lo definido en la Circular. Si bien los estatutos sociales establecen las funciones del representante legal, los puntos citados en la medida se ejercen en los diversos comités realizados en Unidad Médica y de Diagnóstico. La aplicación del Código de Conducta y Buen Gobierno, es evaluado a través del Comité de Ética; la socialización de las decisiones tomadas en Junta Directiva y Asamblea son socializadas por el representante legal en los comités primarios a todos los colaboradores, al igual que en los demás comités que regulan los indicadores de calidad en la prestación del servicio, como el comité de historias clínicas, comité de seguridad del paciente, comité de calidad, comité de gestión ambiental, entre otros.</p> <p>*El representante legal lidera y participa activamente de los comités en los cuales auditoría médica y odontológica socializa los resultados de seguimiento a indicadores de calidad, oportunidad y seguridad del paciente.</p> <p>*El representante legal socializa en su comité primario la información obtenida de las auditorías internas, con las acciones tomadas y los planes de mejoramiento desarrollados.</p> <p>*En general, es el responsable de impulsar y apoyar las actividades resultantes del sistema de control interno.</p>
----	---	---	---

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.	1	La medida se adopta de acuerdo a los lineamientos definidos en la medida. Producto de los comités que se realizan en Unidad Médica y de Diagnóstico, se realizan actas de cada sesión de acuerdo al orden del día, las socializaciones realizadas en cada área y las acciones y planes de mejora definidos. El representante legal emite memorandos y cartas cuando se requieran debidamente soportados en la plataforma documental de la entidad Tanto las actas, como los documentos emitidos por el Representante Legal se encuentran a disposición de auditoría interna y revisoría fiscal.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que no está reglado en la normatividad. Sin embargo, Auditoría Interna cuenta con un manual que establece los objetivos, funciones, responsabilidad, autoridad del área, posición dentro de la Compañía y acceso irrestricto a todos los niveles, recurso humano, sistemas, instalaciones, registros e información.
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	1	La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular. El manual de auditoría establece los principios que rigen el desarrollo profesional de la actividad, dentro de los cuales figuran la independencia y objetividad. Adicionalmente, cada miembro de auditoría ha suscrito un documento en donde declara que está libre de conflictos de interés y en caso de presentarse está definido su reporte formal al Director de Auditoría.
83	El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. * El Director de Auditoría Interna responde al Gerente General de la compañía de acuerdo con la estructura organizacional.
84	Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente	1	La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular. *Todo el equipo de auditoría es profesional y cuenta con experiencia en este campo, entre los cuales se encuentra un auditor especialista en tecnología. *Los miembros cuentan con especializaciones en Aseguramiento y Control Interno, Normas Internacionales de Auditoría, Protección de Datos Personales, y Certificación en ISO 27001. *El equipo cuenta con experiencia certificada en Auditoría y en el sector. *En caso de requerir apoyo en temas especializados se solicita asesoría a través de recurso interno disponible o consultoría.

85	<p>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.</p> <p>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>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular. El Director de Auditoría efectúa seguimiento y supervisión permanente a la labor de cada uno de los auditores, de acuerdo con el plan de trabajo establecido, generando la retroalimentación correspondiente, con el fin de garantizar la calidad y cumplimiento de las actividades. En caso de incumplimientos significativos se deben informar a la Gerencia General; no obstante no se han presentado.</p> <p>También existe un programa de evaluación de desempeño institucional, mediante el cual se evidencia el cumplimiento de los estándares definidos a través de diferentes indicadores.</p> <p>Se implementará un programa formal de aseguramiento y mejora de la calidad, que incluya también evaluaciones de calidad externas.</p>
86	<p>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> <p>a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva.</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 órganos 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>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>a) El Director de Auditoría Interna realiza un plan anual de trabajo basado en factores de riesgo y de acuerdo con las metas y objetivos de la Compañía. Se efectúa priorización del universo de acuerdo con los niveles de ponderación previamente establecidos.</p> <p>b) El desarrollo de las actividades de auditoría se lleva a cabo con el recurso humano y tecnológico disponible, en caso de requerimientos adicionales o limitación de recursos para auditar</p> <p>c) Se cuenta con un manual que especifica las políticas que rigen la actividad de auditoría y los procedimientos que se deben seguir, desde la elaboración del plan hasta la ejecución del mismo, informe de resultados y seguimiento a la implementación de planes de mejora.</p> <p>d) La metodología que se maneja establece que todos los informes estén respaldados en papeles de trabajo y soportes que constituyen evidencia adecuada y suficiente.</p> <p>Basados en los informes de auditoría externa de casa matriz, revisoría fiscal y entidades de vigilancia y control, se establecen revisiones para evitar duplicidad de esfuerzos.</p>
87	<p>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,</p>	1	<p>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>a) Auditoría Interna realiza evaluación a los procesos operativos relacionados con el área de salud como son: autorizaciones, contratación, auditoría médica, atención domiciliaria, entrega de medicamentos, entre otros, con el fin de validar el cumplimiento de las políticas internas y normas legales aplicables. Sin embargo, no existe un documento formal que evidencie las directrices y políticas trazadas por la Junta Directiva, por lo cual se gestionará su formalización.</p> <p>b) La Compañía cuenta con una Certificación de Control Interno con casa matriz, mediante la cual los dueños de los procesos validan la eficacia operativa de los controles claves asociados a los riesgos más críticos y certifican que estos funcionan como está definido.</p> <p>Anualmente el área de Auditoría Interna evalúa todo el proceso y hace pruebas para evidenciar la funcionalidad de los controles y emitir el respectivo informe.</p> <p>c) Dentro de la verificación del Proceso de Certificación de Control Interno, se incluye también la revisión de elementos relacionados con el gobierno de la Compañía como son: el Código de Ética, asignación de roles y responsabilidades, comunicaciones con Junta Directiva, entre otros.</p> <p>d) En el manual de auditoría se establece la metodología para hacer seguimiento a los planes de acción y por tanto el grupo auditor realiza seguimiento periódico para obtener las evidencias, analizar la viabilidad y aplicabilidad de</p>

	<p>incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas o materias objeto del examen, el 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 las 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. Indicación 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 sólo entrega la ejecución de la labor más no la responsabilidad misma de la realización de la auditoría, la cual conserva siempre.</p> <p>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 un 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>		<p>las medidas adoptadas.</p> <p>La auditoría externa de casa matriz, adelanta las verificaciones respectivas y el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior.</p> <p>e) Dentro de la evaluación del proceso de Certificación de Control Interno, se incluye la validación de los cinco elementos del control interno, reunidos bajo una matriz, sobre los que se efectúan pruebas y se emite el informe correspondiente.</p> <p>Al cierre de cada año, el Director de Auditoría presenta su informe consolidado con la labor ejecutada y los resultados obtenidos, dentro del cual se incluye la Certificación de Control Interno y los informes relacionados con Unidad Médica y de Diagnóstico se remiten a la Gerencia General</p> <p>Los informes de auditoría se emiten bajo los parámetros de objetividad, calidad, claridad y oportunidad, establecidos en la manual de auditoría, identificando los temas y períodos objeto de examen, conclusiones soportadas en evidencia suficiente, limitaciones en el alcance, recomendaciones y resultados de los seguimientos. No obstante, se implementará un informe de gestión y evaluación del SCI que incluya todos los elementos señalados por la SNS.</p>
88	<p>El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminén.</p> <p>El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	1	<p>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>* El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere.</p> <p>* De igual manera los ingresos provenientes de la Entidad no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>* La Entidad sí tiene una política de cambiar el Revisor Fiscal mínimo cada 5 años, como se puede evidenciar en las firmas que han ejercido el cargo</p>
89	<p>En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor</p>	N	No aplica

90	<p>La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(os) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Coordinación de actividades de salud pública. b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos. c) Sistema de atención al usuario. d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor 	N	No aplica
91	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones o evaluaciones del impacto de sus programas de salud. b) Asisten los Directores de la Junta Directiva, El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión. 	N	No aplica
92	<p>La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.</p>	1	<p>La entidad cumple cabalmente con todos los requerimientos periódicos y excepcionales que le realiza la SNS; emplea la plataforma documental de la entidad y envía los diversos informes por el canal que indica la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
93	<p>La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Efectuado el análisis de suficiencia de la IPS, oferta y demanda, define la necesidad de contratación de personal médico. Este análisis se realiza con el Representante Legal de la entidad, y la jefatura médica y de calidad. * Una vez se determina la necesidad de contratación del personal médico, el área de gestión humana inicia reclutamiento de hojas de vida de acuerdo con los perfiles de cargo definidos y en cumplimiento del procedimiento estandarizado para ello. Evalúa las competencias del recurso humano, realiza proceso de selección, evaluación de conocimientos y finalmente inducción y entrenamiento.
94	<p>La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No existe política de compras aprobada por la Junta Directiva, sin embargo la Entidad tiene un manual de compras con políticas claramente establecidas y formalizadas, que determina niveles de aprobación de acuerdo con los montos, así como los requisitos y trámites requeridos según el caso. Existe un Comité de Compras, para el análisis y aprobación, también se llevan a cabo procesos de licitaciones con el fin de optimizar recursos y garantizar la trasparencia de las actividades. * Las solicitudes y sus respectivas aprobaciones quedan registradas en el aplicativo "MIS SOLICITUDES" garantizando la trazabilidad del proceso de compras.

95	<p>La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. • La información que se debe revelar. • La forma como se debe revelar esa información. • A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders). • 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. • Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. • 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. 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo se aclara que frente a este tema, el Código de Conducta y Buen Gobierno de Unidad Médica y de Diagnóstico establece lo siguiente:</p> <p>* Los valores de UNIDAD MEDICA Y DE DIAGNOSTICO son: ..."Confiabilidad: Generamos confianza, tranquilidad y aceptación, mediante acciones concretas respaldadas por el conocimiento integral y suficiente de nuestros clientes, nuestro negocio y nuestro entorno y la responsable administración de la información"</p> <p>"10.2 Respecto de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preservar los secretos industriales y las informaciones que de alguna manera puedan afectar la buena marcha institucional, garantizando su manejo restringido y bajo la reserva del caso. - Transmitir al público e interesados datos e información veraz, verificable y oportuna. - Abstenerse de ocultar información sobre la cual no pueda oponerse reserva. - Informar adecuadamente a los usuarios sobre sus derechos y deberes y en particular sobre las condiciones de su tratamiento asistencial y de las variables de administración que a ellos interesan." <p>* Se reconoce el derecho de los Accionistas a: Se adoptarán progresivamente medidas para facilitar el conocimiento de los asuntos por parte de los accionistas, mediante el envío de información previa, la sustentación adicional de informes o la participación en temas específicos de asesores"</p> <p>*12. Del manejo de la información: "La Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. y en particular quienes integran sus órganos de dirección y administración y altos funcionarios observarán el mayor cuidado con el manejo de la información, garantizando que se preserven los secretos industriales de la Sociedad y la confidencialidad de los asuntos de los que pueda derivarse algún efecto patrimonial respecto de la misma.</p> <p>Velarán porque la información promocional y de carácter público sea veraz.</p> <p>Así mismo la Junta Directiva y la Revisoría Fiscal acreditarán que la información contable de la Sociedad y la que se presente a la Asamblea General de Accionistas corresponda a la verdad, sea presentada en forma exacta, se eviten ocultamientos o demoras en el suministro de la información o se presenten situaciones de privilegio o asimetría no razonable en la manipulación de dicha información.</p> <p>Los altos funcionarios de la Sociedad se comprometen a no suministrar información a terceros que no sea pública y que revele actividades internas o políticas de la misma, a menos que esté de por medio orden competente o consideración especial que se reporte al Gerente General o a la Junta Directiva."</p>
96	<p>La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p>	1	<p>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>* Revisoría Fiscal establece sus protocolos de revisión y planeación dentro del alcance del trabajo.</p> <p>* Particularmente genera revisión específicamente sobre los reportes solicitados por entes de control, que exigen firma digital o física sobre los mismos por parte de la Revisoría Fiscal, como por ejemplo sobre Circular Única (validación de archivos a reportar según parámetros técnicos del requerimiento), revisión sobre formatos específicos de información financiera. Se remiten los archivos solicitados con firma del Representante legal y Revisoría Fiscal.</p> <p>Por su parte, Auditoría Interna efectúa validaciones en cuanto a la consistencia, integridad y razonabilidad de la información como parte de la validación de los diferentes temas y procesos sujetos a revisión, de acuerdo con el plan anual de auditoría.</p>

97	<p>La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el <i>habeas data-</i>, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces :</p> <p>3.3.5.3.1.1 Información de la Entidad</p> <p>La página web cuenta con una sección “acerca de la entidad” que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.</p> <p>3.3.5.3.1.2 Información sobre los miembros o propietarios</p> <p>La página web cuenta con una sección “acerca de los miembros o propietarios” donde:</p> <p>a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones.</p> <p>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.,.</p> <p>c) Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja.</p> <p>3.3.5.3.1.3 Información sobre la administración</p> <p>La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva (u órgano equivalente), y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen o han pertenecido a otras Juntas Directivas:</p> <p>3.3.5.3.1.4 Información sobre los órganos de control</p> <p>La IPS identifica en su página web la entidad o la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica asimismo las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia.</p> <p>3.3.5.3.1.5 Información sobre los usuarios</p> <p>Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, sobre el particular se manifiesta que muchos de los aspectos mencionados en la medida, tales como la información de la entidad, la información sobre los miembros o propietarios y la información sobre la administración, entre otros, sí se encuentra disponible en la parte inferior del home de la web.</p>
98	<p>La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <p>a) Servicios habilitados y en operación.</p> <p>b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados.</p> <p>c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud.</p> <p>d) Información sobre el recurso humano de la institución.</p> <p>e) Actividades de promoción y prevención de la salud.</p> <p>f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información relacionada con los servicios habilitados y en operación sí se encuentran disponibles en la pagina web de la entidad.</p>

99	<p>La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados: de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información financiera anual, así como información administrativa y noticias significativas, se encuentran ubicadas en la parte inferior del Home de la página web.</p>
100	<p>La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio.</p> <p>Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo, el Gerente General de la compañía presenta semestralmente el informe de gestión con los datos de operación e indicadores de Unidad Médica y de Diagnóstico.</p>
101	<p>La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:</p> <p>Estructura de la propiedad de la entidad o Grupo Empresarial.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 o igual al 5%), directas e indirectas. c. Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen. d. Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí e. Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por La entidad. f. Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento. g. Acciones propias en poder de la entidad. <p>Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Composición de la Junta Directiva e identificación del origen o procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores. b. Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva. c. Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio. d. Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales). e. Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta. f. Proceso de nombramiento de los Directores. g. Política de remuneración de la Junta Directiva. h. Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia. 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad.</p>

	<p>i. Quórum de la Junta Directiva.</p> <p>j. Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités.</p> <p>k. Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves).</p> <p>l. Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves).</p> <p>m. Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agencias de calificación.</p> <p>n. Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva.</p> <p>o. Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva.</p> <p>p. Actividades de los Comités de la Junta Directiva.</p> <p>q. Información sobre la realización de los procesos de evaluación de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, así como síntesis de los resultados</p> <p>Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial</p> <p>a) Explicación del Sistema de Control Interno (SCI) de la entidad o Grupo Empresarial y sus modificaciones durante el ejercicio.</p> <p>b) Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio.</p> <p>c) Materialización de riesgos durante el ejercicio.</p> <p>d) Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos.</p>		
102	De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. El dictamen del periodo es presentado anualmente por el Revisor Fiscal a la Junta Directiva y a la Asamblea de Accionistas sin excepción. A la fecha no ha existido dictamen con salvedades.
103	Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. La compañía revela en el informe de partes vinculadas, todas las operaciones realizadas entre estas.
104	En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. La compañía revela en el informe de partes vinculadas, todas las operaciones realizadas entre estas y recalca en diferentes oportunidades, quienes son sus Accionistas
105	La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. La medida se adopta a través del Código de Conducta y Buen Gobierno que contiene los valores, principios institucionales y los preceptos aplicables al comportamiento de los colaboradores, documento que es socializado y publicado para todos los colaboradores de la IPS

106	<p>Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes órdenes temáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.). b) Direccionamiento estratégico de la entidad. c) Los principios éticos. d) Los valores institucionales, e) Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en lo que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. f) Política anti-soborno y anti-corrupción de la entidad. g) Principios de responsabilidad social empresarial. h) Los mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. i) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, el Código de Conducta y Buen Gobierno de la IPS debidamente aprobado por la Junta Directiva, contiene los principios éticos, valores institucionales, los preceptos de comportamiento de colaboradores, frente a grupos de interés, y terceros, el uso de información, manejo de bienes y los principios de responsabilidad social.</p>
107	<p>Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés. b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad. c) La importancia de colaborar con las autoridades. d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad. 	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <p>El Código de Conducta y Buen Gobierno de Unidad Medica y de Diagnóstico contiene los lineamientos relacionados con la obligación de informar actuaciones sospechosas; protección de activos; colaboración con autoridades y adecuado manejo de la información:</p> <p>**10. Parámetros frente al manejo de bienes en la Unidad : La UMD aplicará las mejores prácticas en lo atinente al manejo de los bienes bajo su administración. En particular asume como compromiso de gestión ética:</p> <ul style="list-style-type: none"> *10.1 Respeto a las políticas de administración - Ejecutar adecuadas estrategias de aseguramiento de bienes, inventario y seguimiento de activos. - Promover políticas de ahorro y buen uso de elementos. - Establecer controles y garantizar que los bienes de la Unidad sean empleados en los fines de ésta. <p>*10.2 Respeto de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preservar los secretos industriales y las informaciones que de alguna manera puedan afectar la buena marcha institucional, garantizando su manejo restringido y bajo la reserva del caso. - Transmitir al público e interesados datos e información veraz, verificable y oportuna. - Abstenerse de ocultar información sobre la cual no pueda oponerse reserva. - Informar adecuadamente a los usuarios sobre sus derechos y deberes y en particular sobre las condiciones de su tratamiento asistencial y de las variables de administración que a ellos interesen"