

Número de Medida	Medida	Calificación	Explicación
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.	Cumple	La medida se adopta de acuerdo con lo definido en la Circular. Los estatutos sociales no consagran ningún trato discriminatorio ni preferencial respecto de ninguno de los Accionistas independientemente de su participación en el capital social. Adicionalmente, en el Código de Buen Gobierno de Unidad Médica y de Diagnóstico (en adelante UMD) 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”.
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 par parte de los miembros del Máximo Órgano Social.	Cumple	La medida se adopta de acuerdo con lo definido en la Circular bajo el entendido que UMD cuenta con relaciones claras y de acceso permanente con los miembros del Máximo Órgano Social, a través de la Gerencia Jurídica y sus correos corporativos. De tal manera, los miembros pueden expresar sus opiniones e inquietudes sobre la entidad o sobre su condición de miembros por este medio y las mismas serán respondidas por la Gerencia Jurídica o por el Gerente General. Adicionalmente, la página web de la compañía tiene canales de acceso para todas las partes de interés que si bien no son exclusivos de los accionistas si son un medio de acceso o petición adicional. Por otro lado, se resalta que el Código de Buen Gobierno de UMD contempla: "5. De la Asamblea General de Accionistas En la organización y el funcionamiento de la Asamblea se tendrán en cuenta los siguientes postulados: -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 Gerencia General 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.
3	La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	Cumple	6. De los Accionistas. 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.
4	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.	Cumple	El reglamento de funcionamiento de la Asamblea de Accionistas esta contenido en los estatutos sociales en el artículo trigésimo octavo y en el Código de Conducta y el Código Buen Gobierno de UMD.
5	La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos: a) El orden del día, evitando menciones genéricas b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto	Cumple	La medida se cumple bajo el entendido que UMD, dentro del término de convocatoria, pone a disposición de la Asamblea en el domicilio social, vía correo electrónico y a través de una URL de acceso restringido y exclusivo para los miembros la documentación e información necesarias sobre los temas a tratar. Adicionalmente, tal y como se observa en los estatutos sociales artículo quincuagésimo quinto y en el Código de Buen Gobierno en el acápite 5 De la Asamblea General de Accionistas y acápite 6 De los accionistas, se garantiza el derecho de inspección y se resalta la importancia de facilitar el acceso de los miembros a la información necesaria durante el periodo de convocatoria y en general de manera permanente.
		Cumple	La medida se adopta de la manera descrita: * La convocatoria se realiza con la antelación establecida en la ley y en los estatutos; tanto para reuniones extraordinarias como ordinarias se incluye el orden del día como lo ordena la ley * La convocatoria comprende: lugar, fecha y hora de la reunión; * En caso que el Accionista desee hacer uso de su derecho de inspección, la comunicación de convocatoria indica el horario y persona encargada de atender la petición, quien lo direcciona a la persona ante la cual ejercerá tal derecho (Gerencia General o Gerencia Jurídica de la entidad). * El mecanismo para que los asociados se informen sobre los temas a tratar durante la Reunión es la notificación del orden del día en la convocatoria y el envío previo a la reunión, de los documentos relacionados con cada uno de los asuntos objeto de discusión, el cual se realiza a través de correo electrónico. * 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 Buen Gobierno, los miembros de la Junta Directiva "acreditaran además 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."

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.	Cumple	La medida se implementa de la manera descrita 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.	Cumple	La medida se ha adopta de de acuerdo con lo definido en la Circular, así:a) La Asamblea aprueba por competencia, todos los asuntos descritos en el literal a) de la medidab) La Asamblea fija la remuneración de la Junta Directiva consistente en el pago de unos honorarios por sesión, tal y como esta previsto estatutariamentec) 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 estatutariamented) 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. Sin embargo, si se llegare a presentar alguna de las operaciones contempladas en el literal d y estas pudieran modificar el objeto social, esto deberá ser sometido a consideración de la Asamblea, como exige cualquier cambio de objeto social.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 del revisor fiscal.f) La creación de subordinadas como otras sociedades que son, estará a cargo de los inversionistas en las mismas y esta decisión será conocida y considerada por la Asamblea.
8	Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.	Cumple	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.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que UMD no tiene establecido un modelo de carta estándar de representación para enviar o compartir con los miembros del máximo órgano. Sin embargo, desde la Gerencia Jurídica la entidad procura prestar todo el apoyo que puedan requerir los Accionistas y comparte modelos de poder cuando así lo requieren, incentivando que la delegación conlleve instrucciones claras y completas para los representantes, sin interferir en el sentido de las instrucciones. * 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 los miembros 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	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que el reglamento de la Junta Directiva no contempla expresamente que los presidentes de los comités de la junta y los directores asistan a la Asamblea. En ese sentido, el reglamento de la Asamblea de Accionistas se basa en lo establecido en las normas del Código de Comercio y en el acuerdo social. * No obstante, desde el punto de vista practico, a la Asamblea pueden acudir los invitados de los Accionistas, de la Junta Directiva o de la Gerencia General de la compañía, quien siempre esta presente en las reuniones mencionadas.
11	Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular. El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de: a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria o extraordinaria. c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales. d) Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del Revisor Fiscal. e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas. f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.	Cumple	La medida se cumple toda vez que la mayoría de las funciones enunciadas, esto es, las consagradas en los literales a, b, c, y d de la medida se atribuyen efectivamente al Máximo órgano Social, así: “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 numero 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” * Por su parte el supuesto relacionado en el literal e) se cumple de manera diferente, así: la elección de los miembros de la Junta Directiva está a cargo de la Asamblea; la elección de los miembros de 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.
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.	Cumple	Al respecto, se resalta que la existencia del Grupo Empresarial se encuentra declarada en el registro mercantil, lo que garantiza su publicidad ante entidades de control y ante el público interesado.
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	Cumple	Existe una estructura organizacional definida para el Grupo Empresarial, que se encuentra inscrita en debida forma en el registro mercantil conforme lo establece el artículo 30 de la Ley 222 de 1995.

	responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial		
14	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: 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 ellosi) 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.	No Cumple	La medida no se cumple exactamente de la manera descrita, pues si bien existe una estructura organizacional definida para el Grupo Empresarial que se encuentra inscrita en debida forma en el registro mercantil, no se cuenta con la suscripción de un acuerdo de carácter público. Sin embargo, los órganos de dirección de las sociedades que conforman el grupo han aprobado diferentes políticas que permiten resguardar cada una de las unidades de negocio, así como tener relaciones claras, eficaces y equilibradas entre las compañías, tales como: política anticorrupción, política conflictos de interés, política de relación con funcionario público, política de debida diligencia, política de seguridad de la información, política de protección de datos personales, estándar de seguridad de la información sobre uso de redes sociales, política de donaciones y auspicios, política de regalos e invitaciones, política de donaciones a partidos políticos, política de puerta giratoria, política de sarlaft-fpadm, política de libre competencia, política de no represalias.
15	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.	Cumple	La medida se adopta bajo el entendido que, si bien los estatutos no contemplan expresamente dicha posibilidad, el Código de Buen Gobierno de UMD, que es aprobado y revisado por la Junta Directiva consagra lo siguiente: "3.2. Conflictos entre órganos de administración y dirección y altos funcionarios: 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 conducta, se ventilará ante las instancias señaladas por ese ordenamiento. 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. 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"
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	No Aplica	No Aplica porque la compañía no es una Caja de Compensación Familiar.

17	Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes: a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. GG b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. GS c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. GF d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. GG GF e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. f) Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. i) Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo medico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. j) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. k) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva. l) Proponer los principios y 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. m) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. Cumplimiento n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. o) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o whistleblowers. Cum p) Identificar las Partes Vinculadas. q) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia. Cum r) 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. S) 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	Cumple	Las responsabilidades descritas en la medida se cumplen por la junta directiva conforme se evidencia en las actas de este órgano de administración. Los estatutos sociales en su artículo cuadragésimo séptimo consagran las funciones de la junta directiva.
18	La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: • 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	Cumple	La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y aprueba las políticas a que haya lugar de la Compañía. Algunas de las políticas descritas en la medida ya se encuentran aprobadas e implementadas. Hay otras políticas en proceso de estructuración y definición, para su posterior aprobación.
18.1	Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces. a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad. b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones. c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno.	Cumple	Las funciones mencionadas en la medida fueron asignadas a la junta directiva dentro los manuales implementados en el área para los subsistemas de riesgo y se ejecutan de acuerdo con los acontecimientos, requerimientos y necesidades expuestas para los subsistemas de riesgo presentados. Lo anterior se evidencia en: Manual Riesgo Operacional y Grupo, Manual del Subsistema de Administración del Riesgo en Salud y Manual de riesgos financieros.

	el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.g) Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.h) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.k) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.		
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.	Cumple	La Junta Directiva está confirmada por tres miembros.
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.	Cumple	La medida se encuentra implementada, así: * 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. Los candidatos para la composición de las juntas directivas y la información sobre ellos se presenta por parte de los asambleístas durante la reunión de la Asamblea. Adicionalmente, se resalta que el Código de Buen Gobierno de UMD contempla: "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: - 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."
21	Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (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	Cumple	La medida se adopta de la manera descrita, teniendo en cuenta que todo Director suscribe una carta de aceptación para su inscripción en el registro mercantil, que contiene los elementos descritos en la medida.

	los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.		
22	La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema: a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado. b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva. c) Directores ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.	Cumple	La medida se cumple bajo el entendido que desde la Gerencia Jurídica se identifica el origen de los directores en cada vigencia.
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.	No Cumple	El reglamento de la Junta Directiva que se encuentra inmerso en los estatutos sociales, no considera explícitamente la medida, sin embargo, en la práctica efectivamente se identifica el origen de los Directores, siendo mayoría los Directores patrimoniales.
24	En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos	Cumple	La medida se encuentra implementada. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.
25	Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes: a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. b) Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación. c) Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.	No Cumple	Aunque la medida no está adoptada formalmente a través del reglamento de la Junta Directiva, el Código de Buen Gobierno de UMD prevé lo siguiente: “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: - Independencia, en tanto el desempeño de sus atribuciones se ejercerá con libertad de acción y criterio, sin sujeciones diferentes a los requerimientos estatutarios. - coordinación, en tanto operaran 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	Si la Junta Directiva se compone de: – 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. – 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. – 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. – 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.	No Cumple	La Junta se compone de 3 miembros y todos son patrimoniales.

27	La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos: a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva. i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no la compañía no cuenta con un procedimiento documentado y articulado para que la Junta alcance los objetivos enunciados, así como no ha sido creado un comité de gobierno organizacional. Sin embargo, respecto de la medida se anota lo siguiente: * En la Junta Directiva siempre hay Directores con amplio conocimiento y experiencia en asuntos de salud, administrativos y financieros, así como en la organización existen perfiles con amplio conocimiento en salud que asesoran a la Junta Directiva cuando lo requiere. De manera que, efectivamente, se identifican los perfiles funcionales que se necesitan en la Junta Directiva. * La identificación de los perfiles profesionales y personales de los Directores de la Junta Directiva la realiza la Asamblea de Accionistas que es el órgano encargado de nombrarlos y para ello tiene en cuenta la trayectoria, el reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, entre otros aspectos de los candidatos. * El tiempo y dedicación necesarios dependen de la complejidad de los asuntos a tratar en cada sesión de la Junta Directiva, garantizando 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	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.	Cumple	La Gerencia Jurídica se encarga de realizar, en debida forma, el análisis de inhabilidades e incompatibilidades contenidos en la normatividad vigente. Adicionalmente, respecto del tema el Código de Buen Gobierno de UMD dispone lo siguiente: 3.4. Condiciones para el ejercicio: Quienes ejerzan las funciones de dirección, administración o control en la Sociedad, acreditarán además 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. *Por otro lado, una vez los Directores designados aceptan el nombramiento, hacen una declaración adicional en la que manifiestan no incurrir en ninguna de las causales de incompatibilidad y/o inhabilidad contempladas en el Decreto 973 de 1994, así como se obligan a declarar cualquier conflicto de interés que pudiese presentarse.
29	La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita puesto que el proceso de conformación del órgano de administración no está formalmente a cargo de la Junta Directiva. No obstante, se resalta que el Código de Buen Gobierno de UMD contempla lo siguiente: 7. De la Junta Directiva y de sus miembros. 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. La Junta Directiva podrá requerir el apoyo técnico de asesores o especialistas en materias determinadas y requerir en todo caso la adecuada información para la toma de sus decisiones. 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.
30	El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que el reglamento de la Junta Directiva no contempla expresamente lo enunciado en la circular. 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.
31	Al momento de posesionarse 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.	Cumple	Al momento de posesionarse los miembros de la Junta Directiva, hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad, 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 respecto de la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.
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.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que la Junta Directiva no construye su reglamento interno; sin embargo, el reglamento de la Junta Directiva, inmerso en los estatutos sociales, cuenta con la mayoría de las características enunciadas en la medida.
33	El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita; Sin embargo, el número mínimo de reuniones está determinado en los Estatutos Sociales y en todo caso se establecen los demás mecanismos para la toma de decisiones por parte de la Junta en el momento que sea necesario. En la actualidad, el número de reuniones de la Junta es mayor al establecido en los estatutos.
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.	Cumple	La medida se adopta de la manera descrita. Los Estatutos Sociales señalan: “ARTICULO CUADRAGÉSIMO CUARTO: REUNIONES.- La Junta Directiva se reunirá en sesión ordinaria, una (1) vez por trimestre y extraordinariamente cuando sea convocada por su Presidente, 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. En la actualidad la Junta sesiona mensualmente.
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.	Cumple	La medida se adopta bajo el entendido que, siendo el secretario de la Junta Directiva quien asume directamente la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, procurando además que en el acta

			de la Junta Directiva prime calidad frente a la cantidad.
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.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que la Junta no realiza la evaluación escrita de la eficacia de su trabajo en los términos exactamente establecidos en la medida. Sin embargo, la Junta, junto con el Gerente General si prepara un informe de gestión que es presentado ante la Asamblea de Accionistas anualmente.
37	La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	Cumple	La medida se cumple bajo el entendido que la Junta Directiva es la instancia de buen gobierno y vela por que la entidad busque siempre la excelencia y mejore cada día. Al respecto el Código de Buen Gobierno de UMD establece: "15. Instancia del buen gobierno. 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 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. 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. Se adoptarán las medidas para que las disposiciones del presente Código sean adecuadamente divulgadas y aplicadas, obrando además como instancia de composición y decisión última en temas de gobierno empresarial y orientación estratégica de la sociedad."
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.	Cumple	La medida se adopta, toda vez que la Junta Directiva si tiene esta facultad de crear los Comités que en su criterio sean necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Al respecto, el Código de 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".
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.	No Cumple	La medida, por el momento, no se ha adoptado de la manera descrita debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear comités adicionales. No obstante, se aclara que este órgano cuenta con la facultad de crear en cualquier momento los comités que considere necesario.
40	Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité	No Aplica	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear comités adicionales. Teniendo en cuenta que este órgano cuenta con la facultad de crear los comités que considere necesarios, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicará a la compañía.

41	Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	No Aplica	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear comités adicionales. Teniendo en cuenta que este órgano cuenta con la facultad de crear los comités que considere necesarios, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicará a la compañía.
42	Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	No Aplica	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear comités adicionales. Teniendo en cuenta que este órgano cuenta con la facultad de crear los comités que considere necesarios, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicará a la compañía.
43	La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.	No Cumple	La medida no se adopta exactamente de acuerdo a lo definido en la circular; no obstante, la Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. (UMD) cuenta con un Comité de Calidad, liderado por la Subgerencia Médica y la Jefatura de Calidad y Seguridad, el cual vela por el mejoramiento continuo de indicadores de prestación de servicio. Si bien, este Comité de Calidad no fue creado ni es controlado por la Junta Directiva, una de sus funciones es la de asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.
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.	No Cumple	La medida aún no se cumple, ya que, UMD no cuenta con un Comité de Contraloría Interna.
45	Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos: a) Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. b) Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. c) Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. d) Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos. e) Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas. f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados. 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. 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	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, ya que, no cuenta con un comité de contraloría interna.

	entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos. 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. 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. k) Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. l) Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. m) Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones. 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. 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) 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: 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	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, ya que, no cuenta con un Comité de Contraloría Interna.
47	El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos en gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo. En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que por el momento no se ha conformado un Comité de Gobierno Organizacional. No obstante, el Código de 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:"3.3. Responsabilidades y delegación. (...) 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.7. De la Junta Directiva y de sus miembros. 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.La Junta Directiva podrá requerir el apoyo técnico de asesores o especialistas en materias determinadas y requerir en todo caso la adecuada información para la toma de sus decisiones.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."
48	El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas: 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.	No Aplica	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear un Comité de Gobierno organizacional. Teniendo en cuenta que este órgano cuenta con la facultad de crear los comités que considere necesarios, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicará a la compañía. No obstante, se aclara que varias de las funciones enunciadas se adoptan de la siguiente manera: * La Junta Directiva es el 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. *La Alta Gerencia propende por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse * La Junta Directiva nombra al Gerente General de la compañía * Los criterios con los que la entidad contrata sus ejecutivos, están señalados en la descripción y las funciones del cargo correspondiente.
49	El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que la Junta Directiva no ha considerado, hasta el momento, necesario crear un comité de riesgos. No obstante, la compañía cuenta con un Sistema Integrado de Administración de Riesgos a través del cual se ha implementado y desarrollado una política y estrategia de gestión de riesgos operativos y en salud. Las funciones del comité son ejercidas directamente por la Junta Directiva. Adicionalmente, se resalta que UMD se encuentra implementado las disposiciones contempladas en la circular externa 20211700000004-5 de 2021 de la SNS y las normas que la modifiquen.

50	Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes: • 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.).	No Cumple	Considerando lo citado en la respuesta anterior, a pesar de no contar con un Comité de Riesgos, como buenas prácticas la Compañía ha adoptado diferentes acciones como las que se resaltan a continuación: 1) Se estableció el procedimiento para la gestión de riesgos. Este, es un trabajo interdisciplinar donde se definió el ciclo de gestión del riesgo que permite identificar, medir, caracterizar y supervisar los riesgos. Igualmente, el procedimiento permite diseñar y operacionalizar estrategias tendientes a prevenir y mitigar los riesgos; 2) Específicamente en salud, el comité de seguridad del paciente, dentro de sus funciones, administra el sistema de vigilancia de los riesgos en salud; A partir del análisis de los resultados dicha vigilancia y de los indicadores de seguimientos a los riesgos, este comité establece mejoras a los estándares relacionados con la seguridad del paciente; 3) Por su parte el Comité de Calidad brinda lineamientos sobre la gestión de los riesgos operativos, así como lineamientos enfocados a entregar los servicios de salud bajo estándares de accesibilidad, equidad y profesionalismo tendientes a mantener un balance costo-riesgo-beneficio y propendiendo por mejorar la experiencia del usuario durante la atención. Para esto, el comité de calidad monitorea y analiza indicadores de calidad de la atención percibida por el usuario; 4) Adicionalmente, la compañía cuenta con una política de humanización; 5) Por otro lado, dentro del Comité de Servicio se monitorea el indicador NPS con el fin de evaluar las situaciones que impactan al cliente a nivel de servicio y su satisfacción. * La evaluación del funcionamiento de todos los comités se realiza a través de la Gerencia de Prestación quien vela por que en todos los comités se garantice la toma de decisiones y el seguimiento a su ejecución.
50.1	Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos:a) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.b)Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.c) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.d)Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.f) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.g)Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, pero de acuerdo la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 publicada el 15 de septiembre de 2021 por la Supersalud Numeral 2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS apartado u, la IPS implementara los elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos dentro de los plazos otorgados por la norma para cada una de las etapas.

	acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.h) Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos: • El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing). • Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. • Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.		
51	El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.	Cumple	El Código de Conducta aprobado por Junta Directiva, establece un Comité de Conducta, el cual se conforma por un número impar de miembros de la alta gerencia, conforme a lo descrito en la medida.
52	Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: • 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	Cumple	El Comité de Conducta establecido en la compañía ejerce diferentes funciones, incluyendo las enumeradas en esta medida y las mismas están listadas en el Código de Conducta.
53	El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas antisoborno y anticorrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa	Cumple	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la política anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial, documento que contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. El Modelo de Prevención, se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia y el documento responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.
54	El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaria 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 Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).	Cumple	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la política anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención -Programa de Transparencia y Ética Empresarial, documento que contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. El Modelo de Prevención, se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia y el documento responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.

55	Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos: 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.	Cumple	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de las distintas políticas, como lo son la de anticorrupción, relación con funcionario público, donaciones, conflicto de interés, entre otras, descritas en el Modelo de Prevención-Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. El Modelo de Prevención, se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia y el documento responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.
56	La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada: 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. 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. Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables. Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento. 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.	Cumple	La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, basado en la metodología COSO, mediante la documentación de los subprocesos a través de flujogramas, narrativas y matrices que contienen los riesgos identificados por los dueños de proceso para su gestión. 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. Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes. 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. 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. Esta información es presentada a la Gerencia General y al Comité de Contraloría.

57	La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (I) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.	Cumple	i. Dentro del ambiente de control se incluye la definición de políticas, valores éticos, estructura organizacional y auditoría interna para garantizar el cumplimiento del Gobierno Corporativo. ii. La Gestión de los riesgos en la entidad se realiza a través de la implementación de un Ciclo General de Gestión de Riesgos, el cual contempla las etapas de identificación, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos, enfocados al cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos, buscando un equilibrio entre riesgo y oportunidad, de acuerdo con el nivel de tolerancia de la entidad al riesgo. Para la gestión de los riesgos se cuenta con principios y políticas de Gestión de Riesgos, manuales de procedimientos, metodologías específicas de acuerdo con las necesidades de los subsistemas de riesgo, instructivos y formatos que soportan la gestión dentro del sistema, una estructura organizacional debidamente capacitada para la ejecución de las funciones asignadas dentro del sistema y una plataforma tecnológica adecuada para el desarrollo de las actividades. El área de riesgos capacita de manera anual a todos los funcionarios de las entidades, en cuanto a principios básicos sobre el sistema de gestión de riesgos, así como de manera puntual a los gestores de riesgo encargados de velar por la aplicación adecuada de los principios impartidos en cada una de las áreas. Evidencia: Manual de riesgos actuarial, Manual de riesgos financieros, Manual de riesgo operativo y Grupo, Manual de riesgo en salud. iii. Actividades de control La entidad cuenta con controles plenamente establecidos dentro de las áreas y definidos para la mitigación adecuada del riesgo. Los Controles o medidas mitigantes son descritos de forma amplia identificando el responsable, la periodicidad de la ejecución, la actividad concreta de control, el cierre de ciclo del control y la evidencia de su ejecución, cada uno de estos controles es evaluado a través de unos atributos tales como la frecuencia de aplicación, el tipo de control (manual, automático, mixto), su documentación, si mitiga la probabilidad de ocurrencia o el impacto, entre otras. Evidencia: Matrices de riesgo operativo y Grupo, Matriz de riesgo en salud y Matriz de riesgo financiero y matriz de riesgo actuarial. iv. Se gestiona la información y comunicación mediante políticas y sistemas que garantizan su flujo, calidad, integridad y seguridad, incluyendo controles de acceso, identificación y autenticación. v. El monitoreo se realiza mediante supervisión continua mediante autocontrol y revisiones independientes para evaluar y mejorar los procesos de la compañía. vi. Las evaluaciones independientes se realizan de manera periódica por parte del revisor fiscal y auditoría interna.
----	---	--------	---

58	En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones: 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 Limite 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. 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.	Cumple	En relación con el ambiente de control, las cuatro funciones son realizadas por la entidad de la siguiente manera: a) y b) La compañía ha establecido el Código de conducta que describe los valores, principios, compromisos y las pautas que orientan el comportamiento de todos los colaboradores y de la alta dirección, así mismo se encuentra el Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial que contempla políticas y directrices que también guían el actuar y las funciones de los colaboradores. Estos documentos están disponibles en la intranet y página web y son divulgados a todos los colaboradores por medio de comunicados, capacitaciones o cláusulas. Adicionalmente, la compañía despliega un curso virtual de código de conducta y PTEE, el cual es periódico y de carácter obligatorio. c) y d) La compañía garantiza que los colaboradores cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones a través de un plan de inducción y formación permanente que incluye información general y estratégica de la compañía, alcance y objeto de todos los procesos estratégicos, tácticos y de apoyo y también el alcance y funciones propias del cargo a desempeñar. También se cuenta con el perfil de cargo que incluye las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad que el colaborador debe cumplir para desempeñar su función. Así mismo, incluye la estructura organizacional que define los niveles de jerarquía, subordinación y responsabilidad.
59	La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos: 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	Cumple	La entidad adelanta los siguientes procedimientos: a)El área de riesgos a través de cada uno de los subsistemas realiza una identificación de las posibles amenazas a las que se ve expuesta la entidad, utilizando metodologías cualitativas y cuantitativas de acuerdo con el subsistema de riesgo analizado. b) La identificación de riesgos se realiza mediante diversas fuentes de análisis y se clasifican según factores y causas. Luego, se priorizan con base en la calificación del riesgo residual, evaluando su probabilidad e impacto del riesgo en caso de materializarse. c) Evaluación y Medición: Para la evaluación y medición de los riesgos se cuenta con dos escalas de calificación, una para medir la probabilidad de ocurrencia y otra para medir el impacto, esto de acuerdo con el enfoque de los riesgos administrados en cada subsistema. d) Los Controles o medidas mitigantes son descritos de forma amplia identificando el responsable, la periodicidad de la ejecución, la actividad concreta de control, el cierre de ciclo del control y la evidencia de su ejecución, cada uno de estos controles es evaluado a través de unos atributos tales como la frecuencia de aplicación, el tipo de control (manual, automático, mixto), su documentación, si mitiga la probabilidad de ocurrencia o el impacto, entre otras. e) Los mapas de riesgos se construyen por tipo de riesgo con

	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.		el fin de visualizar las zonas de exposición en las cuales se encuentran los riesgos, estos mapas son actualizados por lo menos una vez al año o cuando sea requerido. f) Se cuenta con un Manual de Continuidad del Negocio, desarrollado por la Coordinación de Continuidad del Negocio, desarrollado por la Gerencia de Tecnología y Operaciones. g) La Divulgación de la información contenida en los manuales se realiza a través de la capacitación anual obligatoria, así como la capacitación puntual a los Gestores de Riesgo Operacional en cada una de las áreas. h) En la Gestión de Riesgos se definen las estrategias y planes de acción que deben ser realizados para evitar, prevenir, reducir, mitigar y controlar los riesgos residuales con calificación de riesgo residual intolerable y aquellos calificados como tolerables que presenten un impacto alto. i) La entidad cuenta con un formato para el registro de eventos de riesgo operativo, el cual contiene los campos exigidos por la norma, se cuenta con un responsable por área denominado como Gestor de Riesgo Operacional, un funcionario que recibe una capacitación puntual en la metodología de riesgos para la identificación y análisis de cada evento. j) La gestión realizada para cada uno de los subsistemas es presentada en la Junta Directiva. k) Entre las responsabilidades de la junta directiva se encuentra el definir las acciones correctivas y preventivas para corregir o mitigar los riesgos importantes para la organización. Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud.
60	La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes: a. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en las resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios 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.	Cumple	La entidad adelanta actividades de control descritas en la medida de la siguiente manera: a) Las revisiones de alto nivel se ve reflejado en las actas de los comités financieros, de salud y en las actas de Junta Directiva. b) La Compañía tiene establecidos controles gestionados por la Subgerencia de Infraestructura Tecnológica relacionados con la administración de accesos de usuarios a los sistemas de información de la compañía. c) Sobre las aplicaciones se tienen implementados controles en cada nivel. Cada autorización corresponde a la asignación de perfiles cada uno con distintos niveles de accesos y permisos. Cada funcionalidad se implementa para satisfacer necesidades de negocio, los cuales poseen diferentes clases de validaciones para asegurar la correcta captura, transporte, procesamiento y almacenamiento en los repositorios finales. d) El acceso del personal a las instalaciones está controlado mediante carné institucional y el acceso a través de tarjeta de proximidad y biometría. Para visitantes se lleva un registro de nombre e identificación y carné visible. Las áreas sensibles del centro de cómputo cuentan con control de acceso a personal autorizado con puertas con biométricos y clave, lo anterior establecido en el Manual de Seguridad en la Infraestructura. e) La segregación de funciones la

			acompañamos y gestionamos desde la Gerencia de personas a través de: -Manuales de procesos y procedimientos -Políticas donde se definan claramente los roles de los colaboradores en términos de aprobación, revisión y custodia. -Perfiles de cargo -Estructura organizacional En general, cada colaborador conoce en detalle desde su ingreso, su función y rol dentro de la organización, así como su impacto e interacción con las demás áreas de la empresa. F) f) Todo contrato laboral tiene incluida una cláusula de confidencialidad para asegurar el buen manejo de la información confidencial, y propiedad intelectual de la compañía por parte del colaborador. Adicionalmente, se celebran acuerdos de confidencialidad con terceros. G y H) Se sintetizan en el procedimiento de Certificación de Control Interno (CCI), que se realiza semestralmente en la compañía.
61	Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo. La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información: 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.	Cumple	En relación con los sistemas de información, la entidad desempeña las siguientes actividades con respecto a la gestión de la información: a) Se cumple con la identificación de la información que se recibe y su respectiva fuente. b) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo, MFA y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de accesos c) La captura de la información se realiza mediante interfaces interactivas y la transmisión por integración entre sistemas. En el ciclo de desarrollo de software se garantizan procesos para la validación de los datos que se ingresan sobre las aplicaciones a los cuales se les realiza análisis de vulnerabilidades. 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. Gestor documental DOCUMENTE y File Server de soporte de los procesos de negocio. 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. Para el acceso y procesamiento de la información en cada aplicación cuenta con roles y perfiles definidos. g) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo, MFA y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de accesos 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, MFA 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 aplicacionesn) Se cumple con los requerimientos legales y reglamentarios.
62	Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial 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.	Cumple	Con respecto a la difusión de la información, la entidad realiza las siguientes actividades: a. La Compañía cuenta con Políticas de Seguridad definidas para la clasificación de información, circulares reglamentarias debidamente publicadas y con acceso electrónico mediante la INTRANET CORPORATIVA. 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. 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	A la información clasificada o 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 con terceras 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 a elimine).	Cumple	* Los accesos a la información sujeta a reserva se encuentran asignados previamente por el responsable del proceso en razón de las funciones que desempeña el colaborador. Adicionalmente, se tienen lineamientos de protección de datos y de seguridad de la información para el adecuado tratamiento de los datos personales. Se cuenta con un proceso de evaluación de riesgos terceros, el cual busca reducir los riesgos en el tratamiento de la información que estará bajo su gestión, con especial cuidado de los datos protegidos. De acuerdo con el análisis de riesgo, necesidad y legalidad se minimizan la cantidad de variables que debe conocer o se anonimizan los datos evitando identificar a un titular de los datos. * El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio Activo, los sistemas CORE cuentan con MFA (doble factor de autenticación) 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.
64	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.	Cumple	Las transacciones con partes vinculadas son detalladas en la nota 10 de los Estados Financieros que son reportados a la SNS en archivo FP001.
65	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.	Cumple	La compañía cuenta con: a. Estándar de administración del programa de Seguridad de la Información. b. Política de Seguridad de la Información la cual ha sido aprobada, divulgada y se encuentra disponible para su consulta, como también con estándares de Seguridad de la Información. c. Plan de sensibilización y capacitación en Seguridad de la Información. d. Los colaboradores firman acuerdos de

			confidencialidad para el manejo y gestión de la información. e. La firma de los contratos con terceros cuenta con los acuerdos de confidencialidad y manejo de datos personales, previamente validados por el Oficial de Protección de Datos. f. 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	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.	Cumple	Cada colaborador recibe una inducción acorde con el cargo para el cual fue contratado. Para lo anterior, se diseña una malla de inducción en la cual se incluyen los contenidos de cada una de las áreas que son relevantes para la función a desempeñar. La gestión anterior se apoya con el perfil de cargo que incluye el listado de las funciones propias del cargo, su interacción, alcance y responsabilidades generales.
67	Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: 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. 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.	Cumple	En relación con la administración de la comunicación, la entidad cuenta con los siguientes elementos:a. Canales de comunicación: Correo electrónico, televisión circuito cerrado, SMS, página web, porta fiches, material pop, etc.b. responsables de su manejo: Profesional de Mercadeo para Unidad Médica y de Diagnostico.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 con la necesidad del mensaje transmitido y de las áreas solicitantes.e. responsables: Profesional de Mercadeo para para Unidad Médica y deDiagnostico.f. Destinatarios: Clientes internos y externos.g. Controles al proceso de comunicación: En todo caso se asegura revisión y aprobación de la Subgerencia de mercadeo y comunicaciones y el Gerente de prestación.La Subgerencia de Mercadeo, adopta los procedimientos Indispensables para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para la divulgación de la información
68	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	Cumple	Semestralmente el área de Auditoría Interna realiza el monitoreo de controles claves de la compañía en el marco de la Certificación de Control Interno (CCI) con el fin de verificar la calidad del control interno a través del tiempo.
69	La entidad utiliza empresas de Auditoria 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.	Cumple	La entidad tiene como Auditor Externo a la firma PricewaterhouseCoopers, la cual emite el Informe del Revisor Fiscal sobre el cumplimiento por parte de los administradores de las disposiciones estatutarias y de las órdenes e instrucciones de la Asamblea y sobre la existencia de adecuadas medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la sociedad o de terceros que estén en poder de la Compañía.

70	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 auditoria o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud. 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	Cumple	La Unidad Médica y de Diagnostico S.A. UMD, realizó conformación de grupo de auditoria para los procesos médicos y odontológicos, quienes realizan una validación del cumplimiento de los requisitos de habilitación, calidad, oportunidad, accesibilidad, servicio, integralidad y continuidad. Los seguimientos realizados en cada caso son socializados en los comités mensuales. Frente a los no cumplimientos, se realiza registro en el sistema Almera, donde adicionalmente se puede consultar los planes de acciones, las tareas y las correcciones inmediatas que se puedan generar. Las actas de estos comités se guardan en el sistema Almera, en la carpeta denominada Comités.
71	Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoria 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.	Cumple	La medida se adopta de la siguiente manera: El representante legal de Unidad Médica y de Diagnóstico S.A, UMD, 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. En el informe anual de gestión que presenta el representante legal principal a la junta directiva y posteriormente ésta a la Asamblea de Accionistas, se incluyen todas las actividades de administración, coordinación, gestión y dirección en todos los ámbitos de la compañía.
72	La Junta Directiva u Órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refirieren, cuando menos a: a. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c. Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d. Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e. Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios. f. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.	Cumple	La Unidad Médica y de Diagnostico S.A. UMD, da cumplimiento a esta medida de la siguiente manera: *La UMD adopta las normas y políticas de gestión que regulan el sistema de prestación de salud y da cumplimiento a ellas dentro del sistema de habilitación de servicios. *Se realizan seguimiento por medio de lista de chequeos, auditorías internas, retroalimentaciones y comités a los proveedores que prestan servicios dentro de la infraestructura de centros médicos. Estas reposan dentro del sistema Almera. *Se cuenta con procesos documentados, así como los indicadores, riesgos y controles de cada uno, estos enmarcados en la certificación de Calidad otorgada por el Icontec en la norma ISO 9001 en el año 2024. *Campañas de autocuidado para nuestros usuarios, socializados por médico de mercadeo dinámico en las salas de espera de centros médicos. *Cultura de Calidad, enmarcada por nuestro sistema de gestión de Calidad, con un enfoque en los programas de capacitación realizados por medio de la plataforma Actualízate, mediante cursos dinámicos para los colaboradores.

73	Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.	Cumple	La Unidad Médica y de Diagnostico S.A, UMD, implementa este control de acuerdo con los siguientes ítems: *Revisoría Fiscal: Estable sus protocolos de forma independiente, así como su plan de trabaja y solicita la información por medio del aplicativo definido. Se emite informe y es presentado ante la Asamblea de Accionistas, el cual es firmado por el representante legal de la UMD. *Auditoría Interna: De forma periódica realiza validación de la consistencia, integridad y razonabilidad de la información generada dentro de los procesos realizados. Frente a los hallazgos encontrados por ellos, se emiten planes de acción registrados en el sistema Almera como parte integral del sistema de Calidad. Esta área presenta resultados en informe a la Gerencia General y de Prestación.
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	Cumple	La medida se ha implementado de manera que, el representante legal principal ante junta Directiva, socializa los resultados de control interno asociados a información financiera; a partir de la información presentada, 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.
75	La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información.g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financierai) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.	Cumple	La compañía tiene políticas contables establecidas de acuerdo con normas internacionales de contabilidad, a las cuales da fiel cumplimiento como se evidencia en los estados financieros emitidos.a) Los procesos de cierre contable y generación de estados financieros se encuentran establecidos en las matrices de riesgos, los controles que cubren lo mencionado y se evidencian soportados en las diferentes conciliaciones generadas tales como: bancos, cajas, vinculados, diferidos entre otras.b) 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 control mediante la matriz de riesgo, así como el área de revisoría fiscal en sus controles anualesc) Mensualmente se genera información de cierre, donde se evalúa el resultado mensual, el cual es reportado a la Superintendencia de salud mediante circular única, cuyos archivos son revisados y firmados digitalmente por Revisoría Fiscal y también es presentadoen Junta Directiva cuando se reúnen y reportado a casa matriz.d)Los cálculos son generados por cada área, por ejemplo, el área Técnica generan el cálculo para las reservas.e) 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) El área de tecnología tiene protocolos de backup de

			seguridad sobre el aplicativo contable. Adicional el área de contabilidad genera mensualmente informes que permiten visualizar el correcto funcionamiento mediante el análisis en conciliaciones de movimientos vs saldos finales.g) 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 control interno y auditoría por parte de Revisoría se evidencia el correcto funcionamiento o posibles hallazgos.h) 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) 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	Cumple	La compañía cuenta con Políticas documentadas en manuales de procesos, circulares, cláusulas en contratos de trabajo y cláusulas en contratos administrativos. * Política y estándares de Seguridad de la Información socializados, publicados y disponibles para todos los colaboradores. * Procesos, procedimiento y demás documentación que soportan las políticas.
77	La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye por lo menos las siguientes variables: 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. 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.	Cumple	La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, las siguientes variables: 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 tercero. 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. La alta dirección a través de reuniones periódicas, hace el seguimiento del desempeño de los diferentes procesos, en donde se establecen compromisos, lineamientos, mejoras, disposiciones a las diferentes áreas de la compañía y demás aspectos para la mejora continua.

78	En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano (Junta Directiva), 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: a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera. b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya. c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo. d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto. f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar La independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento. g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar. h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario. i) Requerir las aclaraciones y formular Las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración. j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos. k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente. l) Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes, de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna. n) Presentar al final de cada ejercicio al Máximo. Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular 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.	Cumple	Las funciones citadas en la medida se cumplen a través de diferentes instancias de la compañía, así: *En los estatutos sociales están citadas las funciones de la Junta Directiva relacionadas con el punto a 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 desarrollara 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: 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 (...)” Los puntos adicionales citados en la medida se desarrollan de la siguiente manera: * Adicionalmente, en relación con el literal a de la medida se aclara que la entidad adelanta anualmente un ejercicio de planeación estratégica con todos sus funcionarios hasta de tercer nivel de mando. * Existen estrategias y políticas de control interno desarrolladas por la Auditoria Interna y la Casa Matriz, ejecutadas por todos los funcionarios de la compañía. * Se aplica por parte de Gestión Humana un mecanismo de evaluación de desempeño a todos los funcionarios atado al cumplimiento de objetivos y metas previamente establecidas. * Las líneas de responsabilidad de la compañía se encuentran establecidas en los estatutos y en la descripción interna de funciones. * 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.
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: 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. e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprendan la importancia del control interno e identifique su	Cumple	La medida se cumple bajo el entendido de que 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. De esta forma, a pesar de que varios de los puntos citados en la medida se ejercen a través de los diversos comités realizados en Unidad Médica y de Diagnostico, dichos comités responden y reportan al Representante legal principal. Al respecto se resalta que: * Los lineamientos de ética e integridad están contemplados en el Modelo de Prevención-Programa de Transparencia y Ética Empresarial (MP-PTEE), documento en el cual se designan responsabilidades al representante legal, como lo es apoyar las estrategias para la implementación efectiva de todas las disposiciones del MP-PTEE y velar por el cumplimiento efectivo de las políticas y procedimientos implementados para la adecuada

	responsabilidad frente al mismo. f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. h) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. i) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad. j) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada. k) Establecer mecanismos para La recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad. l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. m) Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos. 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.		administración del MP-PTEE. Así mismo se cuenta con el Código de Conducta que contiene lineamientos que orientan el comportamiento de los colaboradores. Estos documentos han sido compartidos con los colaboradores y se refuerza su conocimiento con el despliegue del plan de comunicación y capacitación. *La gerencia general hace parte del comité de conducta y una de las funciones a cargo de ese órgano es asegurar la revisión y/o actualización del código de conducta, con la finalidad de llevar a la Junta Directiva cualquier modificación relevante para su aprobación, velando porque dichos cambios sean difundidos oportunamente en toda la Compañía. *La compañía cuenta con el Centro de Ayuda de Ética y Cumplimiento (canal de denuncias), a través del cual se pueden radicar denuncias de forma nominativa o anónima, usando los distintos canales como lo es la página web, correo, teléfono o directamente contactando un miembro del equipo de Cumplimiento. *Los resultados del Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude son compartidos con el representante legal a través de un informe periódico.
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.	Cumple	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 Diagnostico, 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.	Cumple	El Director de Auditoría Interna y su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, aptitudes, actitudes y competencias para su labor. Esa experiencia está enmarcada en un cuadro que se diligencia anualmente. Se cuenta con un Estatuto de Auditoría Interna donde se define entre otros los objetivos, autoridad y responsabilidad de la Auditoria. Este estatuto fue realizado por la Casa Matriz y es de aplicabilidad regional.
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	Cumple	Se cuenta con un Estatuto de Auditoría Interna donde se define, entre otros, que la actividad es independiente y la actitud del Auditor Interno es imparcial y neutral. Este estatuto fue realizado por la Casa Matriz y es de aplicabilidad regional. Se cuenta con una revisión jerárquica definida y con un programa de revisión de calidad desde la Casa Matriz.

83	El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente	Cumple	El auditor interno fue nombrado por la Junta Directiva como consta en el Acta 126 del 25 de septiembre del 2023 de este órgano.De acuerdo con el acta 126 ítem 6 varios; enciso a, se ratifica el nombramiento Auditor Interno:El gerente general puso a consideración de la junta directiva el nombramiento del señor Luis Alfredo González, como auditor interno de la compañía. Agregó que Luis Alfredo es contador público, especialista en revisoría fiscal y auditoría externa, con 13 años de experiencia; en el periodo comprendido entre enero de 2011 y enero de 2021 laboró como gerente de auditoría en la compañía Deloitte & Touche Ltda. Desde enero de 2021 hasta la actualidad se ha venido desempeñando como jefe de auditoría interna en el Grupo Banmédica. Durante su ejercicio ha participado en proyectos de auditoría interna, SOX, revisoría fiscal, acompañamiento en implementación de normas internacionales y procedimientos específicos, llevados a cabo en diferentes sectores de la economía, principalmente en salud, farmacéutico, real, energético y de servicios públicos.La junta directiva aprobó por unanimidad el nombramiento de Luis Alfredo González, como auditor interno de la compañía.
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	Cumple	El Director de Auditoría Interna y su equipo de trabajo cuentan con los conocimientos, aptitudes, actitudes y competencias necesarias para el adecuado desarrollo de sus funciones. Esta experiencia y capacidad profesional se encuentra documentada y actualizada anualmente en un cuadro de control que permite evidenciar el cumplimiento de los perfiles requeridos para la labor de auditoría.
85	El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.	Cumple	Se cumple, dado que se cuenta con una revisión jerárquica definida y un programa de revisión de calidad establecido por la Casa Matriz.
86	El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades: a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva. b) Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos. c) Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos. d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias	Cumple	Auditoría Interna cuenta con un cronograma anual que define las actividades programadas para el año. Además, dispone de políticas y procedimientos establecidos que orientan el ejercicio de la función del auditor interno. Los informes generados como resultado de cada auditoría se elaboran utilizando plantillas estandarizadas y son revisados por la Casa Matriz (UHG), garantizando así la calidad y consistencia del contenido.

	suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.		
87	La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones: 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. 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. 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 objetivas, programas y actividades de la organización. 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. e) Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente: 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. 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. iii. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno. iv. Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones. 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 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. vii. Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores. 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 auditoria 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 auditoria, la cual conserva siempre. En tal sentido, la administración de la entidad debe realizar el direccionamiento, administración y seguimiento de la actividad realizada por el tercero, sin delegar la toma de decisiones.	No Cumple	Dentro de las funciones que realiza anualmente el área de Auditoría Interna se cumple con: 1. Apoyo a la entidad en el mantenimiento de controles efectivos, promoviendo la mejora continua sin perjuicio de coadministrar con el funcionario de la entidad. 2. Realizar recomendaciones apropiadas para mejorar el gobierno corporativo interno. Tener un proceso para realizar una supervisión y verificación en que las acciones dadas por la Gerencia, hayan sido efectivamente implantadas, dejando soporte de esta evaluación. No cumple, pero está en proceso de implementación de: 1. Evaluar la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad. 2. Realizar un informe anual de la gestion de auditoría interna donde se incluirán los elementos que menciona la medida.

	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		
88	El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen. El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales. De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años.	Cumple	El PWC emite el Informe del Revisor Fiscal sobre el cumplimiento por parte de los administradores de las disposiciones estatutarias y de las órdenes e instrucciones de la Asamblea y sobre la existencia de adecuadas medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes de la sociedad o de terceros que estén en poder de la Compañía. Adicionalmente, se evidencia que no supera el 3% de los ingresos totales.
89	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	No Aplica	No aplica porque la compañía no realiza y no está obligada por su naturaleza privada a realizar audiencias públicas de rendición de cuentas.
90	La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario (s) de Salud sobre: 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	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no se ha designado un único interlocutor para atender las relaciones con el Secretario de Salud.
91	La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión: 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.	No Aplica	No Aplica para Unidad Médica y de Diagnostico. No obstante, la sociedad matriz cuenta con un área que realiza vigilancia epidemiológica.
92	La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.	Cumple	La entidad cumple cabalmente con todos los requerimientos periódicos y excepcionales que le realiza la Superintendencia Nacional de Salud (SNS); emplea la plataforma documental de la entidad y envía los diversos informes por el canal que indica la SNS.
93	La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita debido a que no existe un documento aprobado por la Junta Directiva para tal fin. No obstante, se manifiesta que: -Una vez se ha efectuado el análisis del requerimiento de la IPS, así como la oferta y demanda, el Comité de Gerencia de la IPS define la necesidad de contratación de personal médico. En este análisis participa el Representante Legal de la entidad y la Subgerencia de Centros Médicos. -Cuando se determina la necesidad de contratación del personal médico, el Equipo de Personas inicia el reclutamiento de hojas de vida de acuerdo con los perfiles de cargo definidos y en cumplimiento del procedimiento, evalúa las competencias del recurso humano y sus conocimientos, para finalmente llevar a cabo la contratación, inducción y entrenamiento.

94	La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, si bien no existe una política de compras aprobada por la Junta Directiva, la Entidad tiene un manual de compras con lineamientos, el cual es debidamente socializado y formalizado. *El manual determina niveles de aprobación de acuerdo con los montos, establece número de cotizaciones requeridas según el valor del servicio o bien a adquirir y demás requisitos o tramites según el caso. *Existe un Comité de Compras, que analiza y aprueba los procesos ejecutados para las invitaciones a ofertar, así como otros casos que requieran un tratamiento especial, lo anterior con el fin de optimizar recursos y garantizar la transparencia de las actividades. *Las solicitudes y sus respectivas aprobaciones quedan registradas en el aplicativo DOCUMENTE garantizando la trazabilidad del proceso de compras. *Las facturas que respaldan el proceso de compras son aprobadas por el aplicativo DOCUMENTE.
95	La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: • 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.	No Cumple	Se cuenta con los siguientes documentos donde se describen los lineamientos asociados en la medida: 1. Política para la regulación y actualización de matriz de activos y revelación de información. 2. Manual Matrices de activos y revelación de información. Lo anterior evidencia que la organización ha avanzado en la documentación de los lineamientos asociados a la revelación de información, sin embargo, estos documentos no se encuentran aprobados por la Junta Directiva.
96	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.	Cumple	La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular. Unidad Médica y de Diagnóstico estructura y mantiene actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dispone de herramientas tecnológicas que simplifican el procedimiento de reportes de datos en salud a las diferentes autoridades y al público en general. Auditoría Interna, de acuerdo con el plan anual de auditoría, efectúa validaciones respecto de la consistencia, integridad y razonabilidad de la información como parte de la validación de los diferentes temas y procesos sujetos a revisión. 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. Revisoría Fiscal establece sus

			protocolos de revisión dentro de la planeación y alcance de sus procesos de auditoría
97	La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces : 3.3.5.3.1.1 Información de la Entidad La página web cuenta con una sección “acerca de la entidad” que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.3.3.5.3.1.2 Información sobre los miembros o propietarios La página web cuenta con una sección “acerca de los miembros o propietarios” donde:a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones. b) Las cooperativas y mutuales indican el número de miembros, discriminando las personas naturales y jurídicas. Explican el perfil de las personas naturales afiliadas (estadísticas sobre profesiones u ocupaciones, departamentos o ciudades de residencia, u otros datos que se consideren pertinentes). E identifican las personas jurídicas afiliadas,.c) Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja. 3.3.5.3.1.3 Información sobre la administración 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: 3.3.5.3.1.4 Información sobre los órganos de control 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 sobres 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. 3.3.5.3.1.5 Información sobre los usuarios Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que la página de UMD no contiene la totalidad de ítems señalados. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información relacionada con los servicios habilitados y en operación, la información sobre el recurso humano de la institución, así como información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, sí se encuentran disponibles en la página web de la entidad.
98	La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre: a) Servicios habilitados y en operación. b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud. d) Información sobre el recurso humano de la institución. e) Actividades de promoción y prevención de la salud. f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.	No Cumple	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que la página de UMD no contiene la totalidad de ítems señalados. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información relacionada con los servicios habilitados y en operación, la información sobre el recurso humano de la institución, así como información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, sí se encuentran disponibles en la página web de la entidad.
99	La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados: de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información financiera anual, así como información administrativa y noticias significativas, se encuentran ubicadas en el Home de la página web. Adicionalmente, se aclara que la página web está siendo modificada y las medidas relacionadas están en implementación.
100	La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio. Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.	Cumple	La medida se ha adoptado bajo el entendido que el Gerente General de la compañía presenta anualmente a la Junta Directiva el informe de gestión con los datos de operación e indicadores de Unidad Médica y de Diagnóstico. Posteriormente la Junta Directiva presenta el informe conjunto a la Asamblea de Accionistas. Adicionalmente, en todas las sesiones de la Junta Directiva el representante legal presenta los indicadores de la IPS.

101	La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema: Estructura de la propiedad de la entidad o Grupo Empresarial. a. Capital y estructura de la propiedad de la entidad. b. Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores 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. Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial. 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. i. Quórum de la Junta Directiva. j. Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités. k. Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves). l. Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves). m. Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agencias de calificación. n. Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva. o. Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva. p. Actividades de los Comités de la Junta Directiva. 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 Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial a) Explicación del Sistema de Control Interno (SCI) de la entidad o Grupo Empresarial y sus modificaciones durante el ejercicio. b) Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio. c) Materialización de riesgos durante el ejercicio. d) Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos.	No Cumple	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que el informe del Gerente General que es aprobado a su vez por la Junta Directiva para presentar a la Asamblea de Accionistas no incluye la totalidad de ítems enunciados. Sin embargo, se aclara que dicho informe anual contempla: el entorno macroeconómico; información general de la IPS; entorno jurídico; resultados financieros e indicadores bajo NIF; gestión de la compañía en el año; metas a alcanzar; operaciones celebradas con los administradores; libre circulación de facturas. Adicionalmente, se aclara que en los anexos de dicho informe se contempla parte importante de la demás información sugerida en la medida.
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.	Cumple	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.	Cumple	Las transacciones con partes vinculadas son detalladas en la nota 10 de los Estados Financieros que son reportados a la SNS en archivo FP001.

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.	Cumple	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular bajo el entendido que 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 cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una IPS debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno. La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades. Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.	Cumple	La compañía ha establecido el Código de conducta que describe los valores, principios, compromisos y las pautas que deben orientar los comportamientos de todos los colaboradores y de la alta dirección, así mismo se encuentra el Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial, que contempla políticas y directrices que permiten guiar el comportamiento y funciones de los colaboradores, el cual también incluye mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Estos documentos están disponibles en la intranet y página web. Por otro lado, la compañía tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias, para poner en conocimiento cualquier acto indebido o ilegal, y ha implementado un programa de capacitación para los colaboradores cuyo objetivo es reforzar la cultura ética, los valores y principios. También como parte del plan de trabajo, durante el año se ejecutan distintas medidas como lo son capacitaciones, comunicados, charlas y otros, que fortalecen continuamente la cultura de ética y transparencia en la compañía.
106	Los lineamientos de conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos: a) Los principios éticos y valores institucionales b) Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia. c) Direccionamiento estratégico de la entidad d) Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. e) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad f) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno. g) El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas h) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones i) Principios de responsabilidad social empresarial j) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. k) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional. En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.	Cumple	La compañía ha establecido el Código de conducta que describe los valores, principios, compromisos y las pautas que deben orientar los comportamientos de todos los colaboradores y de la alta dirección, así mismo se encuentra el Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial, que contempla políticas y directrices que permiten guiar el comportamiento y funciones de los colaboradores, el cual también incluye mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Estos documentos están disponibles en la intranet y página web. Por otro lado, la compañía tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias, para poner en conocimiento cualquier acto indebido o ilegal, y ha implementado un programa de capacitación para los colaboradores cuyo objetivo es reforzar la cultura ética, los valores y principios. También como parte del plan de trabajo, durante el año se ejecutan distintas medidas como lo son capacitaciones, comunicados, charlas y otros, que fortalecen continuamente la cultura de ética y transparencia en la compañía.
107	Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con: 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.	Cumple	El Código de conducta de la compañía describe las pautas de comportamiento para todos los colaboradores, dentro de las cuales se consideran cada una de las relacionadas en esta medida.

	c) La importancia de colaborar con las autoridades. d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.		
108	El PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano competente.	Cumple	La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial y el mismo compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de riesgos como corrupción, opacidad, fraude y soborno, así mismo cuenta con políticas corporativas entre las que se encuentran la de anticorrupción, conflicto de interés, relación con funcionario público, donaciones y otras. También se encuentra el Código de Conducta que describe los principios y valores que rigen el comportamiento de los colaboradores. Las modificaciones requeridas y actualizaciones a estos documentos se han aprobado debidamente por la Junta directiva.
109	La entidad diseñará el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.	Cumple	La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de Prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial y el mismo compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de riesgos como corrupción, opacidad, fraude, soborno y demás conductas delictivas, desarrollando también de esta manera lo requerido para SICOE. Las modificaciones requeridas y actualizaciones a este documento se han aprobado debidamente por la Junta directiva.
110	La entidad detallará en el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponderá el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE. Las funciones y facultades se traducen en reglas de conducta que orienten la actuación de sus empleados, asociados, administradores y demás vinculados o partes interesadas. De esta forma, tales asignaciones constan por escrito.	Cumple	En el Modelo de prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial, se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y también enuncia las demás instancias que tienen obligaciones dentro de este programa como lo son la Junta Directiva, órganos de control y representante legal. En este mismo documento, se listan las funciones de cada uno de estos responsables frente al PTEE.
111	La entidad realizará las siguientes acciones para poner en marcha el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE: a) Asumirá un compromiso dirigido a la prevención del riesgo de COF y soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta. b) Determinará las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE. c) Establecerá una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE entre los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general. La estrategia contará como mínimo con los siguientes elementos: I. La divulgación tanto en el ámbito interno y externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta. II. La puesta en marcha de mecanismos adecuados para comunicar a los asociados, administradores y empleados, de manera clara y simple, los beneficios del PTEE, así como las consecuencias de infringirlo.	Cumple	La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial, aprobado por Junta directiva, el cual compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. En el mismo documento se describen las acciones que podría tomar la compañía en caso de evidenciar la infracción a los lineamientos allí descritos. Este documento ha sido debidamente divulgado y se encuentra publicado en la intranet y pagina web de la compañía para conocimiento de cualquier tercero. También se han establecido mecanismos para el cumplimiento del modelo de prevención, como lo es el programa de capacitación y comunicación, cláusulas contractuales, entre otros.
112	La entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las	Cumple	En el Modelo de Prevención se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y en su perfil de

	funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas.		cargo se determinan las funciones, incompatibilidades e inhabilidades.
113	Además de las funciones que se le asignarán a la persona encargada de la administración del PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE, tendrá a su cargo las siguientes: a) Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE. b) Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión. c) Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces. d) Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE. e) Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno. f) Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido. g) Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE. h) Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.	Cumple	En el Modelo de prevención - Programa de Transparencia y Ética Empresarial se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y en el mismo se establecen las funciones que tiene frente a este.