

NÚMERO DE LA MEDIDA	MEDIDA	RESPUESTA A LA ADOPCIÓN DE LA MEDIDA	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.	1	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. En el Código de Conducta de UMD y el Código de Buen Gobierno de la matriz 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 por parte de los miembros del Máximo Órgano Social.	0	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, sin embargo, de conformidad con el Código de Conducta de UMD y de Buen Gobierno de la matriz, * "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. * "...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 lustración de los accionistas, para su ejecución por quien ejerza la Presidencia de la misma. - Se garantizarán en todo momento los derechos de los accionistas minoritarios. - La información que se suministre a uno o a varios accionistas y que los ponga en real situación de privilegio sobre los demás, será informada a todos, en particular si proviene de consulta o petición elevada por el o ellos." * Las anteriores medidas garantizan entonces mecanismos de acceso e información

3	La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	1	CUMPLE: El reglamento de funcionamiento de la Asamblea de Accionistas esta contenido en los estatutos sociales en el articulo trigesimo octavo y en el Codigo de Conducta de UMD y el Codigo Buen Gobierno de la matriz.
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.	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, sin embargo, de conformidad con lo establecido en los estatutos sociales, en el Código de Conducta de UMD y de Buen Gobierno de la matriz se garantiza el derecho de inspección, así:</p> <p>* El artículo quincuagesimo quinto de los estatutos senala: Los socios podran ejercer el derecho de inspeccion sobre los estados financieros de proposito general y sus notas, sobre los informes emitidos por el revisor fiscal y, en general, sobre los libros y papeles de la sociedad, en los terminos establecidos en la ley, en las oficinas de la administracion que funcionen en el domicilio principal de la sociedad. En ningun caso, este derecho se extendera a los documentos que versen sobre secretos industriales o cuando se trate de datos que de ser divulgados, puedan ser utilizados en detrimento de la sociedad. Dichos documentos, libros y papeles deberan colocarse a disposicion de los accionistas durante los quince (15) dias habiles que precedan a la reunion de la Asamblea General de Accionistas en que deban aprobarse los estados financieros de proposito general, para que puedan ser examinados. En el acta de la reunion correspondiente, se dejara constancia del cumplimiento de este precepto.</p> <p>* En el Código de Buen Gobierno se indica: "5. De la Asamblea General de Accionistas: En la organizacion y el funcionamiento de la Asamblea se tendran en cuenta los siguientes postulados: ...A mas de los medios estatutarios de convocatoria, se adoptaran las medidas que procedan para asegurar la informacion y citacion a todos los accionistas, asi como se les informara a los accionistas los resultados de las sesiones y se mantendra actualizada la informacion en los medios abiertos por la Sociedad, tambien en los de caracter electronico. ... Se adoptaran progresivamente medidas para facilitar el conocimiento de los asuntos por parte de los accionistas, mediante el envio de informacion previa, la sustentacion adicional de informes o la participacion en temas especificos de asesores. ... Se garantizara que los accionistas puedan ejercer adecuadamente el derecho de libre inspeccion."</p>

5	<p>La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos:</p> <p>a) El orden del día, evitando menciones genéricas</p> <p>b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión</p> <p>c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece</p> <p>d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar</p> <p>e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto</p>	1	<p>La medida se adopta de la manera descrita:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 indica el horario y persona encargada de atender la petición contacta a la Gerencia General o a la Secretaria General de la entidad, quien lo direcciona a la persona ante la cual ejercerá tal derecho contacta a la Gerencia General o a la Secretaria General de la entidad, quien lo direcciona a la persona ante la cual ejercerá tal derecho * 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 conducta y Buen Gobierno, los miembros de la Junta Directiva "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."
6	<p>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.</p>	1	<p>La medida se implementa en las reuniones de la Asamblea y se registra en las actas.</p>

7	<p>Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos:</p> <p>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.</p> <p>b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia.</p> <p>c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>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.</p> <p>e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad.</p> <p>f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas. Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo, se resalta que:</p> <p>* Algunos de los aspectos son competencia de la Asamblea y otros están a cargo de otros órganos de la Administración, así:</p> <p>a) La Asamblea aprueba por competencia, todos los asuntos descritos en el literal a) de la política</p> <p>b) La Asamblea fija la remuneración de la Junta Directiva consistente en el pago de unos honorarios por sesión, tal y como está previsto estatutariamente</p> <p>c) La definición de la sucesión de la Junta Directiva es prerrogativa exclusiva de la Asamblea, órgano que la ejerce de acuerdo con sus facultades consagradas legal y estatutariamente</p> <p>d) La administración de activos estratégicos se encuentra estatutariamente asignada a la Junta Directiva, de acuerdo con la dinámica del tema que amerita decisiones expeditas y la Junta Directiva representa precisamente, los intereses de la Asamblea</p> <p>e) Todos los años la administración presenta a la Asamblea de Accionistas la cotización y portafolio de servicios de diferentes firmas de revisoría fiscal, siendo la Asamblea la que decide sobre el nombramiento de la misma</p> <p>* La creación de subordinadas como otras sociedades que son, estará a cargo de los inversionistas en las mismas</p> <p>* Finalmente, al respecto el Código de Conducta y Buen Gobierno consagra que "La Junta Directiva velará porque sean de conocimiento de la Asamblea asuntos de especial trascendencia para la Compañía, a más de los que correspondan por Ley o Estatutos. "</p>
8	<p>Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.</p>	1	<p>La medida se encuentra implementada, toda vez que siempre se advierte en la convocatoria a la Asamblea, sobre este derecho de los Accionistas.</p>

9	<p>La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, sin embargo, se aclara que:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se imparten instrucciones sobre el sentido de los votos y tampoco se promueve un modelo estandar de los poderes y por lo tanto no se hace llegar a los convocados ni se publica en la pagina web, porque los socios tienen libertad absoluta de empoderar e instruir a sus representantes como a bien lo tengan. * Si en las Asambleas ordinarias se va a discutir un tema diferente a los que normalmente se adelantan, se envia a los Accionistas informacion sobre el particular y cada uno de ellos en su fuero interno, instruire 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 dia, razon por la que, si se trata de un asunto que amerita discusion, se les envia un texto con antelacion sobre el particular.
10	<p>El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad. En ese sentido, el reglamento de la Asamblea de Accionistas se basa en lo establecido en las normas del Codigo de Comercio y en los estatutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 compania, quien siempre esta presente en las reuniones mencionadas.

11	<p>Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular.</p> <p>El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de:</p> <p>a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos</p> <p>b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria o extraordinaria.</p> <p>c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales.</p> <p>d) Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del Revisor Fiscal.</p> <p>e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.</p> <p>f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente igual a lo descrito, pues a pesar de que la mayoría de las funciones enunciadas si son atribuidas a la Asamblea, una de ellas no lo ha sido. Al respecto, se resalta que las funciones consagradas en los literales a, b,c, y d de la medida se atribuyen efectivamente al Maximo organo Social, asi:</p> <p>“ARTICULO TRIGESIMO 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 proposito general con sus notas, cortados al final del respectivo ejercicio, asi 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, asi 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, ademas de las legales. g. Resolver que determinada emision de acciones ordinarias sea colocada sin sujecion al derecho de preferencia, para lo cual se requiera el voto favorable de un numero plural de socios que represente no menos del setenta por ciento (70%) de las acciones presentes en la reunion y previo el cumplimiento de lo establecido en el inciso tercero del articulo 388 del Codigo de Comercio y h. Las demas que senalen la ley y los estatutos y que no correspondan a otro organo de la sociedad”</p> <p>* Por su parte el supuesto relacionado en el literal e) se cumple de manera diferente, asi: la seleccion de los miembros de la Junta Directiva esta a cargo de la Asamblea; la seleccion de los miembros de la Alta Gerencia, se cumple en parte por la Junta Directiva y en parte por la Gerencia General de la compania, de conformidad con los estatutos sociales.</p>
12	<p>La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.</p>	1	<p>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 publico interesado.</p>

13	<p>Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno –Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia– los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que las características y tamaño del Grupo Empresarial no ameritan la adopción de tal estructura organizacional pues dicha medida generaría duplicidad de funciones.</p>
14	<p>Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas, que regula:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender. b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios. c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas. d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros. f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos. g) La actuación y coordinación de los Comités de la Junta 	0	<p>En coordinación con la respuesta anterior, no existe un acuerdo de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de las empresas y sus subordinadas que regule de manera específica cada uno de los puntos relacionados en la medida pues por las razones expuestas, no se considera necesario. No obstante, resulta preciso informar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los estatutos sociales de cada una de las empresas establecen que la sociedad realizara todas aquellas operaciones que, dentro de los límites propios de su naturaleza y actividad, contribuyan al desarrollo de la unidad de propósito y dirección fijada por la matriz. b) Existe reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre las diferentes entidades del Grupo Empresarial, las cuales benefician por igual a todos los Accionistas. independientemente de su participación accionaria. c) Cuando existen negocios entre las compañías que conforman el grupo empresarial, se regulan a través de contratos específicos. d) No existen servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) El precio de los convenios, cuando a ello hay lugar, se fija con base en los precios de referencia cobrados por terceros que prestan los mismos servicios.

15	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.	0	<p>La medida no se adopta exactamente de acuerdo a lo citado en la Circular; sin embargo, se encuentra consignada en el Código de Conducta de UMD y de Buen Gobierno de la matriz, en los siguientes términos: "3.2. Conflictos entre órganos de administración y dirección y altos funcionarios</p> <p>Los conflictos que se originen en el desempeño de las funciones propias entre dichos órganos, entre accionistas y con altos funcionarios, así como entre aquellos y estos 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.</p> <p>Si no fuere posible el arreglo directo de la controversia, la misma será sometida a decisión de un (1) árbitro designado por la Cámara de Comercio del domicilio principal de la Sociedad, quien fallará en derecho la diferencia.</p> <p>La Junta Directiva podrá ejercer labores de intermediación y amigable composición en caso de suscitarse tales diferencias y de recurrirse a ella con ese propósito"</p>
16	Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan programas de IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar	N	No Aplica porque la compañía no es una Caja de Compensación Familiar

<p>17</p>	<p>Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <p>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</p> <p>b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. GS</p> <p>c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. GF</p> <p>d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. GG GF</p> <p>e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>i) Proponer la política general de remuneración de la Junta</p>	<p>0</p>	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que el detalle de todas estas funciones no esta propiamente atribuido a la Junta Directiva. No obstante, estas funciones se encuentran a cargo de otras instancias en la compania, asi: a) Definicion estrategica a cargo de Gerencia General por mandato estatutario; cobertura geografica tambien, por delegacion de la Junta; b) Medicion y evaluacion de la calidad de servicios de salud y de los procesos de atencion usuario a cargo de la Gerencia de Prestacion y Jefatura de Atencion al Usuario; c) Planeacion financiera y gestion recursos a cargo de Gerencia General por definicion estatutaria; d) Aprobacion del presupuesto anual y definicion plan estrategico a cargo de Junta Directiva; f) Planes de sistemas de informacion a cargo de todas las Gerencias; g) SCI y politicas del sistema de gestion de riesgos a cargo de Jefatura Medica y de Calidad y Auditoria Interna; cumplimiento e integridad politicas contables a cargo de la Gerencia Financiera; h) La propuesta la realiza la Administracion; i) Bajo la coordinacion del Gerente General, el area de Gestion Humana, el comite de conducta institucional, y los comites primarios, actualizan periodicamente sus politicas institucionales de atencion, y socializan tanto a los pacientes como a sus colaboradores los principios que rigen la operacion y la prestacion de servicios; j) Politica general de remuneracion de Junta Directiva a cargo de Asamblea; k) Politica de sucesion de Junta Directiva a cargo de Asamblea; l) La seleccion de miembros de la Alta Gerencia a cargo de Junta Directiva; la seleccion de miembros de la Junta a cargo de la Asamblea. La definicion de funciones y responsabilidades de organos colegiados: Estatutos sociales; m) La Junta aprueba Codigo de Conducta de UMD y de Buen Gobierno de la matriz; n) Parametros para normas de Gobierno Organizacional: Estatutos Sociales y Codigo de conducta y buen gobierno; o) Las politicas para las denuncias anonimas se encuentran reguladas en Codigo de Conducta y de Buen Gobierno de la matriz y en el Manual Sarlaft; p) Partes Vinculadas se identifican en declaracion de Grupo Empresarial; q) El Codigo de Conducta y el Codigo de Buen Gobierno de la matriz describe todos los lineamientos para el manejo de conflictos de interes que se presenten en la compania. El area juridica monitorea que se diligencie formato de declaracion de intereses que permite establecer si existen conflictos de interes, asi como la carta de aceptacion al cargo de miembros de Junta; r) Eleccion de Junta Directiva: Segun lo previsto en los Estatutos Sociales; s) Este asunto esta regulado en Codigo de Conducta y el codigo de Buen Gobierno de la matriz.</p>
-----------	---	----------	--

18	<p>La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de inversiones en activos de la entidad. • Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. • Transacciones con bienes inmobiliarios. • Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. • Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de 	1	<p>La Junta Directiva revisa periodicamente los estatutos y aprueba las políticas de la Compañía. Algunas de las políticas descritas en la medida ya se encuentran aprobadas e implementadas y otras están en proceso de estructuración y definición para su posterior aprobación.</p>
18.1	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.</p> <p>c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.</p> <p>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.</p> <p>e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.</p> <p>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</p>	0	<p>RESPUESTA A MEDIDA 18.1 Actualmente la medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, pero de acuerdo a la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 publicada el 15 de septiembre de 2021 por la Supersalud, la IPS implementará los elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos dentro de los plazos otorgados por la norma para cada una de las etapas (riesgo en salud y riesgo operacional 18 meses y demás riesgos 24 meses)</p>

19	Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.	1	CUMPLE: La Junta Directiva esta 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.	1	<p>La medida se encuentra implementada, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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 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 Conducta de UMD y de Buen Gobierno de la matriz, los miembros de la Junta Directiva "acreditarán a más de los requerimientos legales y estatutarios: Conocimientos adecuados al ejercicio de la función de que se trata. - Experiencia relacionada o indirecta que permita razonablemente establecer el adecuado desempeño de la misión de que se hará cargo. - Ser persona honorable y de reconocimiento ciudadano adecuado."
21	<p>Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido.</p> <p>En el caso de los Directores independientes, la Carta de</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, sin embargo todo Director suscribe una carta de aceptación para su inscripción en el registro mercantil, en la que acepta el nombramiento realizado por la Asamblea. Y aunque la carta no contempla todos los aspectos mencionados en la medida, tanto en los estatutos como en el Código de conducta y Buen Gobierno, se contemplan la mayoría de dichos aspectos.</p> <p>A los dignatarios elegidos se les remite copia de los Estatutos Sociales y Código de Conducta y Buen Gobierno. Al firmar la carta de aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. También se cumple con declarar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría. 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.</p>

22	<p>La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c) Directores ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad.
23	El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.	0	El reglamento de la Junta Directiva que se encuentra inmerso en los estatutos sociales, en estos no considera explícitamente la medida, toda vez que la misma no esta regulada en la normatividad, sin embargo en la practica, la medida se ejecuta.
24	En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos	1	La medida se encuentra implementada. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos

25	<p>Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:</p> <p>a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.</p> <p>b) Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.</p> <p>c) Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	0	<p>Aunque la medida no esta adoptada formalmente a traves del reglamento de la Junta Directiva, el Codigo de Conducta de UMD y el Codigo Buen Gobierno de matriz preve lo siguiente:</p> <p>“3.1. Relacionamiento entre organos de la Sociedad: Los organos de direccion, administracion y control de la Sociedad ejerceran sus funciones amparados por la aplicacion de los siguientes postulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independencia, en tanto el desempeño de sus atribuciones se ejercera con libertad de accion y criterio, sin sujeciones diferentes a los requerimientos estatutarios. - Coordinacion, en tanto operaran en el ambito de sus propias competencias teniendo en cuenta siempre el bien social y mediante el empleo de los mecanismos de articulacion y comunicacion procedentes. - Responsabilidad, a mas de las obligaciones y consecuencias legales que les corresponden a dichos organos y a los altos funcionarios de la Sociedad, asumen un compromiso etico con la buena gestion empresarial y de responsabilidad individual frente a la misma y sus accionistas”
26	<p>Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. – 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. – 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. – 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes. 	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad.</p>

27	<p>La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:</p> <p>a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.</p> <p>i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.</p> <p>b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no se ha creado Comité de Gobierno Organizacional, sin embargo, respecto de la misma se anota lo siguiente:</p> <p>* La identificación de perfiles que se necesitan en la Junta Directiva es una definición de la Asamblea que es el órgano que nombra a los Directores.</p> <p>* En la Junta Directiva siempre hay Directores con amplio conocimiento y experiencia en asuntos administrativos y financieros, y en la organización existen perfiles con amplio conocimiento en salud que asesoran a la Junta Directiva cuando lo requiere.</p> <p>* La identificación de los perfiles profesionales de los Directores de la Junta Directiva la realiza la Asamblea de Accionistas que es el órgano que los nombra.</p> <p>* El tiempo y dedicación necesarios dependen de la complejidad de los asuntos a tratar en cada sesión de la Junta Directiva, garantizándose que en todo caso, en cada una de ellas se agote el orden del día correspondiente. Los miembros de la Junta Directiva no son de dedicación exclusiva a la misma.</p>
28	<p>La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser Director de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p>	1	<p>CUMPLE la Secretaría General y 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 Conducta de UMD y Código de Buen Gobierno de la matriz dispone lo siguiente:</p> <p>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:</p> <p>- Conocimientos adecuados al ejercicio de la función de que se trata. - Experiencia relacionada o indirecta que permita razonablemente establecer el adecuado desempeño de la misión de que se hará cargo. - Ser persona honorable y de reconocimiento ciudadano adecuado.</p> <p>*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.</p>

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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, no obstante, en la practica, la Junta Directiva es el organo que aprueba siempre y con antelacion, toda la informacion que se presentara a la Asamblea de Accionistas.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad. La Asamblea es quien elige de acuerdo con los intereses que desea preservar, a sus representantes en la entidad, como son los miembros de la Junta Directiva, por lo tanto, la Junta Directiva no tiene incidencia en el nombramiento de sus miembros.
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.	1	Al momento de posesionarse los miembros de la Junta Directiva, hacen una declaracion juramentada de su compromiso de obrar en el interes general de la entidad, en un ejercicio de maxima transparencia, y no en el interes particular de algun miembro del Maximo organo Social o parte interesada. Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relacion a la informacion 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.	0	La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que la Junta Directiva no construye un 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 y se encuentra.
33	El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad. Sin embargo, el numero minimo de reuniones esta determinado en los Estatutos Sociales y en todo caso se establecen los demas mecanismos para la toma de decisiones por parte de la Junta en el momento que sea necesario.
34	La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	1	La medida se adopta de la manera descrita. Los Estatutos Sociales señalan: "ARTICULO CUADRAGESIMO CUARTO: REUNIONES.- La Junta Directiva se reunira en sesion 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 actuen en calidad de principales". Las reuniones estan orientadas fundamentalmente, a realizar seguimiento a las estrategias de la entidad. ☐
35	El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	0	La medida no se ha adoptado estrictamente de la manera descrita, sin embargo el secretario de la Junta Directiva o a quien este delegue es quien asume directamente la responsabilidad ultima de que los miembros reciban la informacion con antelacion suficiente y que la informacion sea util, procurando ademas que en el acta de la Junta Directiva prime la 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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad.
37	La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no establecen estándares de calidad. No obstante la Junta vela por que el funcionamiento de la misma este acorde con lo establecido en la normatividad y los estatutos sociales.
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.	1	La medida se adopta, toda vez que la Junta Directiva si tiene esta facultad de crear los Comites que en su criterio sean necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad; al respecto el Código de Conducta y Buen Gobierno contempla que " La Junta Directiva podra establecer comites o grupos de trabajo de su seno para la consideracion previa de asuntos que en todo caso, seran decididos por el organo en pleno", No obstante, se aclara que hasta el momento la Junta Directiva no ha visto la necesidad de crearlos.
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.	N	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear Comites adicionales. Teniendo en cuenta que este organo cuenta con la facultad de crear los comites que considere necesario, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicara a la compañía.

40	Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité	N	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear Comites adicionales. Teniendo en cuenta que este organo cuenta con la facultad de crear los comites que considere necesario, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicara a la compañía.
41	Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	N	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear Comites adicionales. Teniendo en cuenta que este organo cuenta con la facultad de crear los comites que considere necesario, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicara a la compañía.
42	Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	N	La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear Comites adicionales. Teniendo en cuenta que este organo cuenta con la facultad de crear los comites que considere necesario, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicara 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.	0	La medida no se adopta exactamente de acuerdo a lo definido en la Circular; no obstante, la Unidad Medica y de Diagnostico cuenta con un Comite de Calidad, liderado por la Gerencia General y la jefatura de Calidad y Seguridad, el cual vela por el mejoramiento continuo de indicadores de prestación de servicio. Si bien, este Comite de Calidad no fue creado ni es controlado por la Junta Directiva, cumple con la función, entre otras, de asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.

44	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) Directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario.</p> <p>Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos.</p> <p>Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera exactamente descrita. No obstante, la Compañía goza de un robusto sistema de control interno asignado a otros órganos de la administración y el cual se encuentra enfocado en fortalecer la gestión de los procesos, la calidad e integridad de la información, la protección del usuario, el cumplimiento de los principios y valores establecidos en el Código de conducta y Buen Gobierno, con el fin de:</p> <p>Dar un trato humano y respetuoso a los usuarios y exigir comedidamente un tratamiento equivalente; Ordenar y practicar las intervenciones, procedimientos y medicaciones que requiera la buena práctica médica, sin consideración a variables o condicionantes de diferente índole; Mantener un trato equilibrado e independiente respecto a proveedores de bienes y medicamentos; Dar un tratamiento equilibrado y equitativo a los usuarios, absteniéndose de aplicar criterios de selección o preferencia irrazonables;</p> <p>Reportar toda circunstancia que afecte el buen servicio a las instancias externas e internas que corresponda; Mantener y velar por la conservación de la reserva y uso adecuado de la información relacionada con los usuarios del servicio; Garantizar en debida forma la aplicación de los requerimientos relacionados con el consentimiento informado para los usuarios.</p> <p>Adicionalmente, la Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, mediante el cual los dueños de los procesos ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos.</p> <p>Al final del proceso se emite una certificación a casa matriz por parte de la Gerencia General con base en las certificaciones respectivas de los Gerentes y Subgerentes de área. También se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la</p>
----	--	---	--

<p>45</p>	<p>Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <p>a) Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.</p> <p>b) Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.</p> <p>c) Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.</p> <p>d) Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.</p> <p>e) Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.</p> <p>f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados.</p> <p>g) Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones.</p> <p>h) Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.</p> <p>i) Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor</p>	<p>0</p>	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no se ha conformado un Comité de Contraloría Interna. No obstante, se cumplen todos los literales establecidos en la medida debido a que la IPS tiene una estructura robusta de control interno, asignada a otros órganos de la administración y en relación con el tema de la divulgación, el Código de Conducta y Buen Gobierno establece lo siguiente:</p> <p>3 De los órganos de dirección, administración y control de la Sociedad Son órganos de dirección y administración de la Sociedad: la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva y la Gerencia General</p> <p>Los altos funcionarios de la Sociedad designados por la Junta Directiva o por la Gerencia General, ejercen la coordinación de sus operaciones y se someten al régimen especial de responsabilidades y compromisos establecido por el presente Código. En dicha condición se encuentran los suplentes de la Gerencia</p> <p>La Revisoría Fiscal ejerce las funciones de vigilancia sobre la gestión social en los términos estatutarios y como agente de la Asamblea General de Accionistas</p> <p>6. De los accionistas: En particular podrán conforme al reglamento solicitar la práctica de auditorías especiales o requerir informes para que sean presentados en la sesión de la Asamblea</p> <p>10 Auditoría Interna</p> <p>La Sociedad adoptará las medidas requeridas para la estructuración de esquemas internos de auditoría, con reportes periódicos y la práctica de mediciones y seguimientos que faciliten la consolidación de su sistema de gestión basado en los principios de la calidad.</p> <p>La función de auditoría reporta directamente a la Gerencia General y a la Gerencia de Contraloría de Banmedica y podrá expresar sus informes y recomendaciones a la Junta Directiva de la Sociedad, para que dichos órganos adopten las medidas que resulten conducentes.</p> <p>Por otro lado, los estatutos sociales contemplan lo siguiente: ARTICULO QUINCUGESIMO SEGUNDO: FUNCIONES. Son funciones del Revisor Fiscal: a. Cerciorarse de que las operaciones que se celebren o cumplan por cuenta de la sociedad, se ajusten a las prescripciones de los estatutos, a las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; b. Dar oportuna cuenta, por escrito, a la Asamblea General de Accionistas, a la Junta Directiva o al Gerente General, según el caso, de las irregularidades que ocurran en el funcionamiento de la sociedad y en el desarrollo de sus negocios</p> <p>Asimismo, semanalmente se lleva a cabo un Comité de Gerencia General, en el cual se presentan y analizan los temas relevantes y de mayor impacto a nivel financiero, operativo, gestión de negocio, control y resultados de Auditoría Interna, estableciendo las medidas y planes de acción requeridos para su gestión oportuna y adecuada.</p> <p>El área de Auditoría Interna presenta al Comité de Gerencia General el avance del plan anual de auditoría, en el cual se exponen los hallazgos y oportunidades de mejora presentadas a las diferentes áreas auditadas.</p>
<p>46</p>	<p>En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría</p>	<p>N</p>	<p>La medida, por el momento, no aplica a la compañía, debido a que hasta ahora la Junta Directiva no ha considerado necesario crear el Comité de Contraloría Interna. Teniendo en cuenta que este órgano cuenta con la facultad de crear los comités que considere necesario, en el momento que decida hacerlo esta medida si aplicara a la compañía.</p>

<p>47</p>	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos en gobierno organizacional.</p> <p>Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso).</p> <p>El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo.</p> <p>En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	<p>0</p>	<p>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 Conducta y Buen Gobierno no es ajeno a la incidencia de la Junta Directiva en el Buen Gobierno Corporativo, tal y como se establece entre otros, en los siguientes postulados:</p> <p>* Compromiso Institucional</p> <p>La Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. UMD, (...); a través de su Junta Directiva expresa su compromiso con la gestión conductiva y con la adopción progresiva de las mejores prácticas en lo que se refiere a la instauración del régimen de buen gobierno empresarial, para lo cual, en acatamiento de las prescripciones contenidas en el artículo 40, literal h) de la Ley 1122 de 2007 y según las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud, acoge como instrumento del sistema de calidad y gestión conductiva institucionales el siguiente Código de Buen Gobierno, que contiene los principios y directrices para el ejercicio del liderazgo y el desarrollo funcional de los órganos de dirección de la Sociedad.</p> <p>* 14. Responsabilidades especiales</p> <p>Los miembros de los órganos de dirección y administración y altos funcionarios de la Sociedad asumen dentro de las pautas del buen gobierno empresarial los siguientes compromisos de gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercer hacia dentro y hacia afuera de la Sociedad un desempeño ético conforme los parámetros empresariales. - Abstenerse de realizar comportamientos que puedan comprometer el buen nombre de la Sociedad o colocar en riesgo su patrimonio. - Asumir liderazgo organizacional, en especial en lo atinente a la gestión conductiva y la promoción de la cultura organizacional para el servicio de salud. - Participar en actividades gremiales y de sector y mantener disponibilidad al diálogo y la concertación. <p>* 15. Instancia del buen gobierno</p> <p>La Junta Directiva y en su representación el Presidente, constituye la instancia del buen gobierno en la Sociedad.</p> <p>Expedirá las orientaciones e instrucciones que desarrollen los contenidos del presente Código, así como orientará los recursos que se requieran para su cumplimiento y la adopción de las mejores prácticas empresariales en cuanto a desempeño adecuado de la Sociedad y de sus administradores.</p> <p>En ese carácter velará porque se realicen las investigaciones, aclaraciones y reportes que sean del caso, bien al interior o hacia afuera de la Sociedad, con observancia del fin social y del propósito de conservar el patrimonio de la Sociedad. ⁷</p>
-----------	--	----------	---

48	<p>El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <p>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.</p> <p>b) Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo.</p> <p>c) Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros significativos con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores.</p> <p>f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.</p> <p>g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.</p> <p>h) Proponer el nombramiento y remoción del Presidente Ejecutivo, Gerente General o cargo equivalente, así como su remuneración.</p> <p>i) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que que por el momento no se ha conformado un Comité de Gobierno Organizacional. No obstante, se aclara que varias de las funciones enunciadas se adoptan de la siguiente manera:</p> <p>* La Alta Gerencia propende por que los miembros del Maximo organo Social, los usuarios y el publico en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la informacion de la entidad que deba revelarse</p> <p>* La Junta Directiva nombra al Gerente General de la compania</p> <p>* Los criterios con los que la entidad contrata sus ejecutivos, estan senalados en la descripcion y las funciones del cargo correspondiente.</p>
----	--	---	---

49	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita puesto que la compañía no cuenta con un Comité de Riesgos. No obstante, como buena práctica, la compañía cuenta con el Sistema Integrado de Administración de Riesgos a través del cual se ha implementado y desarrollado una política y estrategia de gestión de riesgos. De dicho Sistema de Administración de Riesgos se resalta la gestión del riesgo en salud que se realiza a partir del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la calidad -PAMEC-; el Comité de Seguridad del Paciente y; el Comité de Calidad, elementos que contribuyen, por un lado, a la planeación y seguimiento de los riesgos priorizados en salud, y por otro a la identificación de riesgos operativos. Asimismo, la compañía administra el riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo a través del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) para lo cual ha adoptado las directrices establecidas en la circular externa 09 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
----	---	---	---

50	<p>Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. • Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS. • Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia. • Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos estándares relacionados con la seguridad del paciente. • Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.). 	0	<p>Considerando lo citado en la respuesta anterior, 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 interdisciplinario 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 de dicha vigilancia y de los indicadores de seguimiento 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.</p>
50.1	<p>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:</p> <p>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.</p> <p>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</p>	0	<p>RESPUESTA A MEDIDA 50.1 Actualmente la medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, pero de acuerdo a la Circular Externa 2021170000004-5 de 2021 publicada el 15 de septiembre de 2021 por la Supersalud, la IPS implementará los elementos del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos dentro de los plazos otorgados por la norma para cada una de las etapas (riesgo en salud y riesgo operacional 18 meses y demás riesgos 24 meses)</p>

51	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	1	<p>CUMPLE La Junta Directiva aprobo el Codigo de Conducta, el cual establece un Comite de Conducta, el cual se conforma por un numero impar de miembros, conforme a lo descrito en la medida</p>
52	<p>Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. • Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. • Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. • Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado 	1	<p>CUMPLE La Compania cuenta con un Comite de Conducta, establecido en el Codigo de Conducta que tiene a cargo las funciones enunciadas por la medida, estas mismas se encuentran descritas dentro del Codigo.</p>
53	<p>El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa</p>	1	<p>CUMPLE: La compania cuenta con un area de Cumplimiento encargada de la construccion y divulgacion de las politicas corporativas asociadas a salvaguardar a la entidad de posibles consecucion de delitos al interior de la misma. Por lo tanto contamos con una politica Anticorrupcion y Antisoborno, descrita en el Modelo de Prevencion de la sociedad matriz, aprobada por Junta Directiva y divulgada a traves de los diferentes medios de comunicacion interna. El Comite de Conducta (integrado por la Oficial de Cumplimiento corporativa) se encarga de apoyar su divulgacion y adherencia.</p>

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).	1	CUMPLE La compañía cuenta con un área de Cumplimiento encargada de la construcción y divulgación de las políticas corporativas asociadas a salvaguardar a la entidad de posibles comisiones de delitos al interior de la misma o conductas inapropiadas. Para esto se ha diseñado e implementado un Modelo de Prevención de la sociedad matriz, el cual describe todos los lineamientos, estrategias y medidas que adoptamos, como, el sistema de prevención, matrices de riesgos, canal de denuncias, políticas anticorrupción, conflicto de interés, relación de funcionario público, entre otros. Así mismo el Comité de Conducta es responsable de apoyar la divulgación de la Política Anticorrupción y contribuir a la adherencia de las directrices y pautas establecidas en el Modelo de Prevención.
----	---	---	--

55	<p>Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:</p> <p>a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas.</p> <p>b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.</p> <p>d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.</p> <p>e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.</p> <p>f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).</p> <p>g) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos).</p> <p>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.</p>	1	<p>CUMPLE La compañía cuenta con un área de Cumplimiento encargada de la construcción y divulgación de las políticas corporativas asociadas a salvaguardar a la entidad de posibles comisión de delitos al interior de la misma o conductas inapropiadas. Para esto se ha diseñado e implementado un Modelo de Prevención de sociedad matriz, el cual describe todos los lineamientos, estrategias y medidas que adoptamos, como, el sistema de prevención, matrices de riesgos, canal de denuncias, políticas anticorrupción, conflicto de interés, relación de funcionario público, entre otros, los cuales dan cumplimiento a los ítems descritos en la medida. Así mismo el Comité de Conducta es responsable de apoyar la divulgación de la Política Anticorrupción y contribuir a la adherencia de las directrices y pautas establecidas en el Modelo de Prevención de sociedad matriz.</p>
----	---	---	---

56	<p>La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:</p> <p>Autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los afiliados, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.</p> <p>En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los límites por ella establecidos.</p> <p>Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones a aplicables.</p> <p>Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.</p> <p>Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada. La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, basado en la documentación de los subprocesos a través de flujogramas, narrativas y matrices que contienen los riesgos identificados por los dueños de proceso para su gestión.</p> <p>Mediante esta metodología los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos.</p> <p>Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes.</p> <p>La metodología se encuentra establecida de manera formal en un manual que está disponible en la intranet de la Compañía, en donde se establecen claramente los roles y responsabilidades de cada uno de los colaboradores y se define como un proceso transversal con participación desde la alta gerencia hasta el nivel inferior. Auditoría brinda asesoría y acompañamiento para su aplicación en los casos requeridos.</p> <p>Al final del proceso se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación.</p> <p>Esta información es presentada a la Gerencia General y se envía comunicación a Casa Matriz.</p>
----	---	---	---

57	<p>La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (I) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p>
----	---

1

<p>La medida se tiene implementada. La estructura del SCI esta definida bajo el marco de los siguientes elementos consolidados en una matriz general de riesgos: i) Ambiente de Control, que incluye la definicion de politicas, principios eticos y valores institucionales, una estructura organizacional con segregacion de responsabilidades y deberes, administracion del recurso humano con calidad y un area de auditoria que cumple un rol de asesor y apoyo para el fortalecimiento del control interno; ii) La Gestion de riesgos en la entidad se realiza a traves de la implementacion de un Ciclo General de Gestion de Riesgos que contempla etapas de identificacion, evaluacion, tratamiento y monitoreo de riesgos, con el fin de obtener el riesgo residual y proponer planes de mejora buscando un equilibrio entre riesgo y oportunidad, de acuerdo con el nivel de tolerancia de la entidad al riesgo. En cuanto a infraestructura Tecnologica, cuenta con una herramienta que soporta los procesos de gestion y administracion de los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, plataforma en la cual se consignan las bases de riesgos, asi como sus medidas mitigantes, se evaluan los riesgos y se lleva un control de los mismos. El area de riesgos capacita a todos los funcionarios de las IPS, en cuanto a principios basicos del sistema de gestion de riesgos, asi como de manera puntual a los gestores de riesgo encargados de la aplicacion de los principios en cada area; iii) Actividades de control, establecidas a traves de un sistema de autorizaciones y procedimientos de registro que brindan seguridad razonable, segregacion adecuada de funciones, politicas y procedimientos para manejo y control de bienes, recursos e informacion, documentacion de procesos, actividades de autocontrol, entre otros; iv) Se cumple mediante politicas y procedimientos de acceso a los datos, manejo de informacion y comunicaciones, sistemas que aseguran flujo de informacion y la calidad e integridad de la misma. Al respecto, se encuentra definida la politica de Seguridad de la Informacion y los estandares en donde se incluye el control de acceso, identificacion y autentificacion. Para el acceso a sistemas de informacion este esta validado por autentificacion mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definicion de Perfiles de acceso. Ademias, se tienen implementados protocolos seguros HTTPS, para el transporte seguro de informacion a traves de la red; v) y vi) Se cumplen a traves de las actividades de autocontrol incorporadas en los procesos y operaciones de la IPS, cuyo objetivo es evaluacion y mejora permanente, asi como las revisiones por parte del Auditoria Interna y externa. Ademias, se cuenta con medidas internas de control y monitoreo que se desarrollan a traves del PAMEC; el Sistema de Administracion del Riesgo y la ejecucion del plan y cronograma de auditoria que evalua las actividades, programas y protocolos institucionales, debidamente documentados y socializados. ☒</p>

58	<p>En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <p>a. Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.</p> <p>b. Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.</p> <p>c. Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y 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.</p> <p>d. Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.</p> <p>Se entiende por objetivos operativos aquellos que se refieren a la utilización eficaz y eficiente de los recursos en las operaciones de la entidad. Deben reflejar la razón de ser de las organizaciones y van dirigidos a la consecución del objeto social. Los objetivos de reporte o de información consisten en la preparación y publicación de informes de gestión en salud y estándares de resultados en salud, estados financieros y otros informes que divulga la entidad.</p> <p>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.</p> <p>Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica.</p>	1	<p>La medida se tiene implementada, así:</p> <p>a) y b) Los principios básicos y lineamientos de conducta están definidos formalmente en el Código de conducta y Buen Gobierno de la Compañía, aprobado por la Junta Directiva, socializado a todos los colaboradores y publicado en la intranet institucional. Estos principios y lineamientos son de estricto cumplimiento para todos los colaboradores. El código de conducta define la creación de un comité de conducta, establece la figura de Oficial de conducta y menciona sus responsabilidades. El código de conducta se socializa a todos los colaboradores en el momento de su ingreso y adicionalmente se cuenta con un curso virtual a través de los sistemas de la Compañía, el cual es de carácter obligatorio. Adicionalmente, la compañía cuenta con la figura de Oficial de Cumplimiento que hace seguimiento y monitoreo a lo establecido en el Código de conducta y buen gobierno, el reglamento interno de trabajo y demás normas internas de la entidad.</p> <p>c) Se cuenta con políticas y procedimientos de selección de personal establecidas formalmente en un manual, que señalan las competencias y habilidades requeridas para los cargos. Adicionalmente existe una definición de roles y responsabilidades para los diferentes cargos en la organización. El área de Talento Humano posee la caracterización del proceso de selección de personal con su respectivo flujograma. En los perfiles de los cargos se relacionan las competencias requeridas que se requieren y evalúan según el cargo. Se tienen roles y responsabilidades definidas, estas registradas en los perfiles de los diferentes cargos.</p> <p>d) Se definen las metas crucialmente importantes de la Compañía de acuerdo con los objetivos estratégicos de la entidad y el sector y de acuerdo con ello se establecen las estrategias a nivel operativo, tendientes al logro de dichos objetivos, los cuales también están alineados con los objetivos de reporte y cumplimiento, los cuales son de estricta observación por parte de la Administración.</p> <p>Adicionalmente, es importante anotar que la IPS actualiza periódicamente sus políticas institucionales de atención, y socializa tanto a los pacientes como a sus colaboradores los principios que rigen la operación y la prestación de los servicios; establece además los lineamientos de conducta a través del reglamento interno del trabajo; el comité de conducta institucional, y los comités primarios. Define claramente el cronograma de inducción, entrenamiento y reentrenamiento para cada uno de los cargos y cuenta con perfiles de cargo establecidos y socializados.</p>
----	--	---	--

59	<p>La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> <p>a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.</p> <p>b) Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos 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.</p> <p>c) Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.</p> <p>d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.</p> <p>e) Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.</p> <p>f) Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal.</p>
----	--

1

<p>La Compañía adopta las siguientes buenas prácticas de la metodología de riesgos: a) La metodología propuesta en el Protocolo de gestión de riesgos permite la autoevaluación de los riesgos teniendo en cuenta los factores de riesgo tanto de la naturaleza propia del servicio que se presta como del entorno en que se desenvuelve. Se incluyen 4 categorías de riesgo. A través del sistema de gestión de calidad se realiza un análisis DOFA para identificar las posibles amenazas y riesgos que impactan el negocio; b) Los Riesgos se identifican y se tratan según su naturaleza, a través de encuestas con dueños de proceso, análisis de situaciones, consulta de literatura y eventos de riesgo sucedidos. Se clasifican utilizando factores de riesgo, causas y la clase del riesgo definido metodológicamente, se priorizan a través de la calificación del riesgo inherente; c) 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; d) Las matrices contienen los controles establecidos por el dueño de proceso para mitigarlos y periódicamente desarrollan procesos de autocontrol mediante los cuales revisan el diseño y eficacia operativa de dichos controles permitiendo detectar y corregir fallas o inconsistencias; e) Los mapas de riesgos se construyen con 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; g) La Divulgación de la información se realiza a través de capacitación anual, así como la capacitación puntual a los Gestores de Riesgo Operacional en cada área; h) En la Gestión de Riesgos se definen estrategias y planes de acción que deben ser realizados para evitar, aceptar, reducir y transferir los riesgos residuales. A estos planes o estrategias se les realiza un seguimiento para validar su cumplimiento y monitorear que se cumplan los efectos esperados en el nivel de riesgo residual, sin embargo cada dueño de proceso se encarga del diseño e implementación de estrategias y planes de acción; i) La entidad cuenta con un formato para registro de eventos de riesgo operativo, los eventos son validados en cuanto a su calidad, posteriormente son consolidados en una base que cuenta con un análisis más profundo desde la perspectiva del riesgo. De igual manera cada uno de ellos es registrado en un aplicativo que soporta adecuadamente el sistema; j) Auditoría Interna y Auditoría Externa, efectúan revisiones independientes en relación con el funcionamiento de los controles de los procesos clave; k) Con base en el reporte de observaciones del monitoreo y las señaladas por auditoría, los dueños de proceso establecen los planes de acción, dichos planes son monitoreados por el dueño de proceso y la Jefatura de Calidad; i) El sistema integrado de gestión de riesgos se encuentra plenamente alineado con los principios del modelo de supervisión basado en riesgos.</p>

60	<p>La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:</p> <p>a. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en las resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios</p> <p>b. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.</p> <p>c. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.</p> <p>d. Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información.</p> <p>e. Segregación de funciones.</p>	1	<p>a) Comité de Gerencia se reúne semanalmente para analizar el cumplimiento de estrategias, objetivos y determinar los factores que pueden afectar los resultados. En caso de presentarse alguna situación relevante se realiza seguimiento y se definen medidas. Auditoría Interna participa en el Comité e informa resultados y situaciones relevantes de sus revisiones de acuerdo con plan anual de trabajo; b) La IPS tiene controles gestionados por Dirección de Soporte y Comunicaciones relacionados con la administración de acceso de usuarios a sistemas de información. Como herramienta de ALM utiliza Microsoft Team Services. Se tienen separados ambientes de desarrollo, pruebas, pre-producción y producción para asegurar la calidad en todo el ciclo de vida del desarrollo; c) Sobre las aplicaciones se tienen implementados controles en cada nivel. Cada autorización corresponde a la asignación de perfiles con distintos niveles de acceso 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. Se tienen procesos de extracción, transformación y carga a bodegas de datos base para soporte de BI; d) El acceso del personal a instalaciones está controlado mediante tarjetas y biométricos. Para visitantes se lleva registro de nombre e identificación, con tarjeta de acceso. Las áreas sensibles del centro de cómputo cuentan con control de acceso a personal autorizado con puertas con biométricos y clave; e) Procesos estructurados con adecuada segregación de funciones, para asegurar que ninguna persona pueda ejecutar dos o más transacciones sensibles en conflicto, a través de la generación e identificación de responsabilidades de cada una de las personas que ejecutan un control; f) Todo personal suscribe Otro sí al contrato laboral con cláusulas de confidencialidad. Para proveedores se adopta carta de compromiso y entendimiento en la que se adhieren a los lineamientos de manejo de información confidencial y protección de datos. Se adoptó acuerdo de confidencialidad para colaboradores que terminan su contrato y pueden llegar a tener conflicto de intereses; g) Además de revisiones de autocontrol por parte de las áreas, Auditoría Interna valida de manera aleatoria a fin de comprobar su eficacia y desempeño; h) La metodología de revisiones de autocontrol que hacen parte del proceso de certificación de control interno, fue divulgada desde su implementación, hace parte de la capacitación institucional y el manual está disponible en la intranet; Cada empleado realiza periódicamente cursos y evaluaciones sobre temas relevantes y normas de aplicación obligatoria, lo cual fortalece los procesos de formación y desarrollo; h) La metodología de revisiones de autocontrol, fue divulgada al personal desde implementación, hace parte de capacitación institucional y el manual está disponible en intranet.</p>
----	---	---	---

<p>61</p>	<p>Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.</p> <p>La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <p>a) Identificar la información que se recibe y su fuente.</p> <p>b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.</p> <p>c) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.</p> <p>d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.</p> <p>e) Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.</p> <p>f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.</p> <p>g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.</p> <p>h) Diseñar procedimientos para la administración del</p>	<p>1</p>	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <p>a) Cumple</p> <p>b) El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso.</p> <p>c) La captura de la información se realiza mediante interfaces interactivas y la transmisión por integración entre sistemas.</p> <p>d) Se cuenta con proceso de control de calidad de datos en los diferentes procesos.</p> <p>e) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>f) La información para entrega a terceros y entes regulatorios se realiza por personas específicas e idóneas para hacerlo. De igual forma los documentos o comunicados oficiales son elaborados y/o revisados por el área jurídica o áreas cuya función incluye emitir documentos a clientes o terceros.</p> <p>g) El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso.</p> <p>h) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros.</p> <p>i) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>j) Se cuenta con un Estándar de clasificación y protección de datos, en donde se definen los niveles de clasificación de información.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de información protegida - Nivel de información confidencial - Nivel de información interna - Nivel de información pública <p>k) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros. Adicionalmente, la compañía cuenta con planes de pruebas de recuperación para validar la eficacia.</p> <p>l) El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso. Además, se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>m) Se cuenta con plan de análisis de vulnerabilidades, de actualización de arquitectura de hardware y software. Además, se tiene implementado un control de cambios en las aplicaciones.</p> <p>n) Cumple</p>
-----------	---	----------	--

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.	1	<p>La medida es adoptada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad cuenta con manuales de Políticas, de Proceso y circulares reglamentarias debidamente publicadas y con acceso electrónico mediante la INTRANET CORPORATIVA. * El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso * Se cuenta con un Datacenter propio con todas las características de seguridad tanto física como lógica para garantizar la seguridad, confidencialidad y disponibilidad de la información
63	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 o elimine).	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Por definición de los roles y responsabilidades (matriz manual) de cada proceso en materia de protección de datos personales, el tratamiento de información relacionado con fines estadísticos y que no exija una estructura específica para el reporte de información, en virtud del cumplimiento del ordenamiento jurídico a los entes de control, se debe anonimizar reduciendo al máximo el nivel de detalle de los datos, evitando identificar a un titular de los datos. Así mismo, los dueños de los procesos que remiten información a terceros diferentes a entes de control antes mencionados, solicitan la validación de la estructura del reporte al oficial de protección de datos personales de la Entidad. * El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso. Adicional a esto se tienen implementados protocolos seguros HTTPS, para el transporte seguro de la información a través de la red. * La entidad implementó la herramienta TDM (CA tecnología) que permite el enmascaramiento de datos para ambientes de desarrollo y pruebas.

64	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	1	La medida se tiene implementada. En la Asamblea Ordinaria, cuyos documentos se encuentran a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, se presenta siempre el informe sobre la materia, exigido por la Ley 222 de 1995
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.	1	La medida se tiene implementada, toda vez que la compañía cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> * Estandar de administración del programa de Seguridad de la Información. * Política de Seguridad de la Información la cual ha sido aprobada, divulgada y se encuentra disponible para su consulta, así como también con estándares de Seguridad de la Información. * Plan de sensibilización y capacitación en Seguridad de la Información * Los colaboradores firman acuerdos de confidencialidad para el manejo y gestión de la información. * La firma de los contratos con terceros cuentan con los acuerdos de confidencialidad y manejo de datos personales, previamente validados por el Oficial de Protección de Datos. * La entidad cuenta con Oficial de Seguridad de la Información y Oficial de Protección de Datos quienes velan por el correcto cumplimiento de los acuerdos.

66	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.	1	<p>La medida es adoptada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Todos los empleados al momento de su vinculación, certifican el entendimiento que tienen sobre las funciones que les serán asignadas, al momento de la firma del contrato de trabajo. * En la inducción institucional se da a conocer las funciones del área de auditoría y control interno y se les manifiesta que el control interno de la compañía es responsabilidad de todos * Posteriormente reciben capacitación sobre la forma en que deben ejercer tales funciones y desarrollan actividades específicas relacionadas con los procesos que son motivo de auditoría de control interno * La compañía adelanta cursos virtuales periódicos de actualización, sobre los diferentes temas que le atañen para su ejercicio * También periódicamente se refuerzan a través de correspondencia electrónica, las políticas corporativas <p>Dentro del perfil de cada cargo están establecidos los roles y responsabilidades de cada colaborador</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los medios para comunicar información significativa al exterior y al interior de la compañía son: La Intranet, página web, Sistema Integrado de Gestión Almera y circulares informativas.
----	--	---	---

67	<p>Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicación. <p>Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad, suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.</p>	1	<p>La medida se adopta de acuerdo a lo definido en la Circular. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Canales de comunicación: Correo electrónico, televisión circuito cerrado, SMS, página web, Revista VB, App, portafiches, material pop, etc. b. Responsables de su manejo: Profesional de Mercadeo para Unidad Médica y de Diagnóstico. c. Requisitos de la información que se divulga: En todo caso la información que se divulga debe ser objetiva, clara, oportuna y real. d. Frecuencia de la comunicación: Se define de acuerdo a la necesidad del mensaje transmitido y de las áreas solicitantes. e. Responsables.: Profesional de Mercadeo para Unidad Médica y de Diagnóstico. f. Destinatarios: Clientes internos y externos. g. Controles al proceso de comunicación: En todo caso se asegura revisión y aprobación de la Subgerencia de mercadeo y comunicaciones y el Gerente de prestación. <p>La Subgerencia de Mercadeo, adopta los procedimientos indispensables para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos necesarios para la divulgación de la información.</p>
----	---	---	---

68	<p>La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u Órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera: La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, mediante el cual los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos. También se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación. De acuerdo con la metodología establecida, en caso de identificarse deficiencias materiales estas deben reportarse a casa matriz, sin embargo, a la fecha no se han presentado. Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes y por su parte la auditoría externa de casa matriz, adelanta también las verificaciones respectivas y el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior. Es importante además anotar que los procesos y procedimientos de causa médica, odontológica o asistencial reciben constante auditoría interna y control y supervisión por cada jefe del área. Las comunicaciones técnico científicas que se socializan son evaluadas a través de la plataforma documental Actualízate.</p>
----	---	---	--

69	<p>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.</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera: El proceso de certificación de control interno es objeto de revisión periódica por parte de la auditoría externa de casa matriz, quien adelanta las verificaciones respectivas, el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior y emite el informe correspondiente a la Gerencia General y casa matriz. La Compañía cuenta con un Auditor Externo – PWC, el cual genera su dictamen cada año y evalúa el control interno de la Entidad a través de su dictamen.</p>
70	<p>La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presentan a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera: * Unidad Médica y de Diagnóstico cuenta con grupo de auditoría médica y odontológica que realiza verificación de requisitos de habilitación, calidad, oportunidad, accesibilidad, servicio integralidad y continuidad, que son socializados mensualmente en los Comités de: Historias Clínicas, Servicio, Calidad y Seguridad del Paciente. Posteriormente, se define el plan de mejoramiento que se revisa en la sesión de Comité siguiente.</p>

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.	1	La medida se adopta de la siguiente manera: el representante legal de Unidad Medica y de Diagnostico presenta de manera periodica los indicadores de calidad nacional, los planes de mejora, y los avances del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC. Socializa ademas los resultados del programa de seguridad del paciente y define los planes de accion resultantes. En el informe anual de gestion que presenta el representante legal principal a la junta directiva y posteriormente esta a la Asamblea de Accionistas, se incluyen todas las actividades de administracion, coordinacion, gestion y direccion en todos los ambitos de la compania.
----	--	---	--

72	<p>La Junta Directiva u Órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.</p> <p>Tales políticas se refirieren, cuando menos a:</p> <p>a. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar.</p> <p>b. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos.</p> <p>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.</p> <p>d. Procesos de auditoria interna o en el mejor caso auditoria externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción.</p> <p>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.</p> <p>f. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.</p>	1	<p>La medida se adopta de la manera descrita de la siguiente manera:</p> <p>* Las normas y politicas de gestion se regulan por las normas sobre la materia, las cuales son adoptadas por la compania, quien ademas tiene un modelo propio de procesos e indicadores para lograr estandares de calidad optimos y percepcion del servicio alto, y que comprende indicadores de oportunidad, accesibilidad y calidad en la atencion, los cuales se gestionan en forma continua con procesos de retroalimentacion a los proveedores de ayudas diagnosticas y terapeuticas, estructurando programas en salud.</p> <p>* Estructura y procesos: debidamente documentados, socializados e ingresados en el Sistema de Gestion Integral Almera para disponibilidad de los colaboradores. En los mismos se incluyen los indicadores de seguimiento por procesos.</p> <p>* Procesos de auditoria interna y externa; El seguimiento a la seguridad clinica, pertinencia y continuidad en la atencion, se realiza a traves de procesos de auditoria medica, mediante los cuales se verifican los requisitos de habilitacion de cada sede de Unidad Medica y de Diagnostico y la pertinencia de los servicios, calidad de registros clinicos, asi como la adherencia a guias de practica clinica. Auditoria medica y odontologica, ademas, analiza los indicios de atencion insegura y realiza seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos. Auditoria medica y odontologica apoya y realiza seguimiento a las guias de practica clinica, resultantes del analisis del perfil epidemiologico de la poblacion y las enfermedades de mayor prevalencia. ☒</p>
----	---	---	--

73	<p>Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	1	<p>La medida se aplica a través del siguiente procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Control Interno: Dentro del proceso y flujogramas de reporte de estados financieros, se encuentran los pasos a seguir, así como las matrices de riesgos que contienen los controles sobre los mismos generando seguimiento por parte del área generadora (contabilidad - financiera), así como por el área de auditoría, quienes realizan revisiones dependiendo de la calificación del riesgo y acompañamiento en los planes de acción de encontrar algún hallazgo. * Auditoría y Revisoría fiscal: tanto el área de Auditoría como revisoría fiscal generan plan de auditoría y cronograma que es ejecutado durante cada vigencia, donde de encontrar hallazgos son reportados directamente a Gerencia General y Asamblea de Accionistas. * Reporte a Asamblea de Accionistas y Junta Directiva: Anualmente de acuerdo con los estatutos de la compañía, se emiten estados financieros y notas de revelación, donde se evidencian las cifras previamente auditadas, documento que es suscrito por el Representante Legal, el Contador y el Revisor Fiscal de la entidad. ☐
----	--	---	---

74	Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma	1	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	<p>La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable. 	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Supervisión de los procesos contables: los procesos de cierre contable y generación de estados financieros se encuentran establecidos y cubren lo mencionado como se evidencia en las diferentes conciliaciones generadas tales como: bancos, cajas, vinculados, diferidos entre otras. b) Evaluaciones: la compañía cuenta con el área de tecnología quien ejecuta y administra los accesos a los aplicativos y archivos por usuario, respecto al software correspondiente al área financiera Great Plains, tiene perfiles asignados a través de funciones y tareas de seguridad, sobre el que se ejerce el respectivo control, así como el área de revisoría fiscal en sus controles anuales c) Presentación de informes de seguimiento: mensualmente se genera información de cierre, donde se evalúa el resultado mensual, dicho resultado es reportado semestralmente a la Superintendencia de salud mediante circular única, cuyos archivos son revisados y firmados digitalmente por Revisoría Fiscal y también es presentado en Junta Directiva cuando se reúnen y reportado en el consolidado a casa matriz d) Validaciones de calidad de la información: Dentro del proceso de auditoría, así como con la generación de conciliaciones establecidas, se realiza la validación de lo mencionado. e) Comparaciones, inventarios: Los inventarios de activos fijos son realizados de acuerdo con una planeación, mediante un cronograma a ser ejecutado durante el año de acuerdo con las políticas internas, sobre el que se realiza seguimiento y planes de acción, en dichos inventarios existe el acompañamiento por parte del área de auditoría. f) Supervisión. El área de tecnología tiene protocolos de backup de seguridad sobre el aplicativo contable. Adicional el área de contabilidad genera informes que permiten visualizar el correcto funcionamiento mediante el análisis en conciliaciones de movimientos vs saldos finales. g) Autorización apropiada de las transacciones: Al existir los procesos de integraciones automáticas y flujos de aprobación por los funcionarios autorizados, se asegura el correcto registro de las transacciones, teniendo en cuenta que son reportados por los diferentes satélites de la compañía. Adicional con el proceso de auditoría por parte de Revisoría se evidencia el correcto funcionamiento o posibles hallazgos. h) Autorización y control de documentos con información financiera: Los reportes de información financiera requeridos por la Superintendencia de salud, de acuerdo con lo establecido generan proceso de revisión por Revisoría y firma digital por parte de Representante Legal, contador y Revisoría Fiscal
----	---	---	---

76	La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas	1	La medida se adopta de la siguiente manera: La compañía cuenta con políticas documentadas en manuales de proceso, circulares, cláusulas en contratos de trabajo y cláusulas en contratos administrativos.
----	--	---	---

77	<p>La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye por lo menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Administración de proyectos de sistemas. b) Administración de la calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación. <p>Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita debido que, algunos de los literales descritos aun se encuentran en implementacion; sin embargo, se resalta que la mayoría de las variables efectivamente se incluyen en el plan de infraestructura tecnologica de la entidad.</p> <p>El cumplimiento de cada literal de la medida es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cumple b) En implementacion c) Cumple d) Cumple e) Cumple f) Cumple g) Cumple h) En implementacion. i) Cumple j) Cumple k) Cumple l) Cumple m) Cumple n) Cumple (en implementacion)
----	--	---	--

78	<p>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:</p> <p>a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.</p> <p>b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya.</p> <p>c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo.</p> <p>d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.</p> <p>e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto.</p> <p>f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.</p> <p>g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.</p> <p>h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, sin embargo, a pesar de que todas las funciones enunciadas en la medida no están asignadas a la Junta Directiva, todas y cada una de estas se desarrollan y cumplen a través de diferentes instancias de la compañía, al respecto se resalta:</p> <p>*En los estatutos sociales están citadas las funciones de la Junta Directiva relacionadas con el punto a de la medida: "ARTICULO CUADRAGESIMO SEPTIMO. FUNCIONES. - La Junta ejercerá las funciones y atribuciones expresamente señaladas en la ley, así como las que a continuación se establecen, y desarrollará las estrategias, políticas y lineamientos de la Compañía, atendiendo el contenido de los acuerdos celebrados entre los Accionistas de la Sociedad. Son funciones de la Junta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social, de acuerdo con la naturaleza y actividad de la sociedad. 2. Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias. 3. Disponer la ejecución de todos los actos y contratos tendientes al cumplimiento de los fines y propósitos sociales. 4. Decretar el establecimiento de sucursales y agencias en otros lugares del país o del exterior (...)" <p>Los puntos adicionales citados en la medida se desarrollan de la siguiente manera:</p> <p>* 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.</p> <p>* Existen estrategias y políticas de control interno desarrolladas por la Auditoría Interna y la Casa Matriz, ejecutadas por todos los funcionarios de la compañía.</p> <p>* 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.</p> <p>* Las líneas de responsabilidad de la compañía se encuentran establecidas en los estatutos y en la descripción interna de funciones.</p> <p>* Con respecto a la capacidad de la Junta Directiva para solicitar los informes y ejercer los controles que a bien tenga lugar, se anota que de acuerdo con los estatutos sociales la misma puede ejercerse por el mencionado órgano de la administración, sin limitación alguna.</p>
----	---	---	--

79	<p>En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:</p> <p>a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</p> <p>b) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.</p> <p>c) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.</p> <p>d) Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</p> <p>e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprendan la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.</p> <p>f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos</p>
----	---

1

<p>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 Diagnóstico, dichos comités responden y reportan al Representante legal principal. Al respecto se resalta que:</p> <p>* La aplicación del Código de Conducta y Buen Gobierno, es evaluado a través del Comité de conducta; la socialización de las decisiones tomadas en Junta Directiva y Asamblea son socializadas por el representante legal en los comités primarios a todos los colaboradores, al igual que en los demás comités que regulan los indicadores de calidad en la prestación del servicio, como el comité de historias clínicas, comité de seguridad del paciente, comité de calidad, comité de gestión ambiental, entre otros.</p> <p>* El representante legal lidera y participa activamente de los comités en los cuales auditoría médica y odontológica socializa los resultados de seguimiento a indicadores de calidad, oportunidad y seguridad del paciente. * El representante legal socializa en su comité primario la información obtenida de las auditorías internas, con las acciones tomadas y los planes de mejoramiento desarrollados.</p> <p>* En general, es el responsable de impulsar y apoyar las actividades resultantes del sistema de control interno.</p> <p>* La compañía cuenta con un proceso anual de certificación de control interno que se lleva a cabo con base en los lineamientos y la metodología definida por casa matriz, para lo cual la Gerencia General de la Compañía dispone las estrategias, políticas, información y recursos necesarios para la implementación y desarrollo de las actividades para su cabal cumplimiento. Esta metodología es socializada a los colaboradores y existen roles y responsabilidades definidos para este proceso, el cual funciona de manera transversal con participación desde la alta gerencia hasta el nivel inferior.</p> <p>* En las pruebas de auditoría se solicita la información requerida para las validaciones pertinentes y obtener la evidencia adecuada y suficiente para concluir sobre los resultados de las validaciones e informar a la Alta Gerencia, para adoptar los correctivos necesarios, así como efectuar el respectivo seguimiento a la implementación de los planes de remediación.</p> <p>* La Compañía tiene a su Auditor Externo - PWC el cual genera su dictamen cada año y evalúa el control interno de la Entidad a través de su dictamen.</p>

80	<p>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.</p> <p>Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control Los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.</p>	1	<p>La medida se adopta de acuerdo a los lineamientos definidos en la medida. Producto de los comites que se realizan en Unidad Medica y de Diagnostico, se realizan actas de cada sesion de acuerdo al orden del dia, las socializaciones realizadas en cada area 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</p> <p>Tanto las actas, como los documentos emitidos por el Representante Legal se encuentran a disposicion de auditoria interna y revisoria fiscal.</p>
81	<p>Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.</p>	1	<p>Existe un Estatuto de Auditoria Interna donde se define el proposito, la vision, la mision, la independencia y autoridad, el alcance de trabajo, el plan de trabajo de auditoria interna, el informe al comite de Auditoria y las normas para la practica profesional de la Auditoria Interna. Este estatuto fue desarrollado por la Compania.</p>
82	<p>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.</p> <p>Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente ☐</p>	1	<p>CUMPLE: Existe un Estatuto de Auditoria Interna donde se define el proposito, la vision, la mision, la independencia y autoridad, el alcance de trabajo, el plan de trabajo de auditoria interna, el informe al comite de Auditoria y las normas para la practica profesional de la Auditoria Interna. Este estatuto fue desarrollado por la Compania.</p> <p>Adicionalmente, y en seguimiento del estatuto de auditoria interna, se diligencia una certificacion anual de conflicto de intereses e independencia para cada uno de los integrantes del equipo.</p>
83	<p>El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente</p>	0	<p>NO CUMPLE: El director de Auditoria Interna es nombrado por la Gerencia de la sociedad matriz.</p>

84	<p>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.</p> <p>Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente</p>	1	<p>CUMPLE: El equipo de auditoria interna para la compania cuenta con la experiencia requerida por el corporativo y plasmados en los perfiles de los cargos entregados por Talento Humano. El equipo de auditoria interna cuenta con un archivo, de actualizacion anual, con la experiencia y formacion de cada integrante.</p> <p>Adicionalmente, se tiene un proceso para que, en areas en los que el equipo de trabajo no tenga experiencia, se reciba asesoría de un profesional adecuado.</p>
85	<p>El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad.</p> <p>Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación. ☒</p>	1	<p>CUMPLE: Dentro de los procesos estipulados para la Compania, se tiene una evaluacion de desempeno anual, donde se evaluan 5 factores: 1. Personas, 2. Planificacion y Ejecucion, 3. Relacionamiento, 4. Mejora de Procesos y 5. Capacitacion. Esto lo realiza el jefe inmediato de cada colaborador y es analizado por el Director de Auditoria.</p> <p>Adicionalmente, existe un proceso de revision a los trabajos realizados en el area. Toda auditoria y asesoría, es revisada por el jefe inmediato, posteriormente por el Director de Auditoria interna obteniendo retroalimentacion y mejoras de ser necesario, generando calidad de los papeles de trabajo.</p>

86	<p>El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:</p> <p>a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva.</p> <p>b) Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos.</p> <p>c) Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos.</p> <p>d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones. ☒</p>
----	---

1

<p>CUMPLE: El area de auditoria interna mediante el Estatuto de auditoria interna realiza, a) anualmente el plan de trabajo anual, con los trabajos a realizar de acuerdo a la normativa de Auditoria, normativas de salud en el pais y requerimientos de la gerencia general. b) Cada trabajo a realizar, se inicia con una reunion con la Gerencia General y la Gerencia implicada para dar conocimiento del alcance, objetivo y los recursos que se usaran en el trabajo a realizar. c) Se cuenta con un estatuto de Auditoria Interna donde se establece los procedimientos a realizar en el ejercicio de la auditoria interna. Estos trabajos se encuentran publicados en Teams y Almera a disposicion de quien lo solicite. d) De cada trabajo realizado por el area, se emite un informe preciso, objetivo, claro, constructivo, completo y oportuno siguiendo unos estandares de la Compania, este informe se socializa con la administracion y se realiza seguimiento a la respuesta de ellos sobre los hallazgos encontrados.</p>

87	<p>La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> <p>a) Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva.</p> <p>b) Sistema de Control Interno: La actividad de contraloría interna asiste a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad.</p> <p>c) Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización.</p> <p>d) El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado.</p> <p>e) Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas o materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la</p>	0	<p>NO CUMPLE: Dentro de las funciones que realiza anualmente el area de Auditoria Interna se cumple con: 1. el 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. Realiza recomendaciones apropiadas para mejorar el gobierno corporativo interno. Tener un proceso para realizar una supervision y verificacion en que las acciones dadas por la Gerencia, hayan sido efectivamente implantadas, dejando soporte de esta evaluacion.</p> <p>No cumple, pero esta en proceso de implementacion de: 1. Evaluar la eficacia del sistema de gestion de salud de la entidad. 2. Realizar un informe anual de la gestion de auditoria interna donde se incluiran los elementos que menciona la medida.</p>
----	---	---	--

88	<p>El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen.</p> <p>El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es personal natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	1	<p>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>* El Revisor Fiscal de la entidad evalúa el Sistema de Control Interno, incluido el Sistema de Administración de Riesgos, valida su existencia, las medidas establecidas, su alineación con los estatutos y las decisiones de la Asamblea de Accionistas, con base en su evaluación emite su concepto.</p> <p>* De igual manera los ingresos provenientes de la Entidad no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>* La Entidad si tiene una política de cambiar el Revisor Fiscal mínimo cada 5 años, como se puede evidenciar en las firmas que han ejercido el cargo</p>
89	<p>En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor</p>	N	<p>No aplica porque la compañía no realiza audiencia pública de rendición de cuentas.</p>

90	<p>La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <p>a) Coordinación de actividades de salud pública. 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</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no se ha designado un unico interlocutor para atender las relaciones con el Secretario de Salud.</p>
91	<p>La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:</p> <p>a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de</p>	N	<p>No Aplica para Unidad Medica y de Diagnostico. No obstante, la sociedad matriz cuenta con un area que realiza vigilancia epidemiologica</p>
92	<p>La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.</p>	1	<p>La entidad cumple cabalmente con todos los requerimientos periodicos y excepcionales que le realiza la SNS; emplea la plataforma documental de la entidad y envia los diversos informes por el canal que indica la Superintendencia Nacional de Salud.</p>

93	<p>La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita debido a que no existe un documento aprobado por la Junta Directiva para tal fin. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <p>* Efectuado el análisis de suficiencia de la IPS, oferta y demanda, el Comité de Gerencia de la IPS define la necesidad de contratación de personal médico. Este análisis se realiza con el Representante Legal de la entidad, y la jefatura médica. * Una vez se determina la necesidad de contratación del personal médico, el área de gestión humana inicia reclutamiento de hojas de vida de acuerdo con los perfiles de cargo definidos y en cumplimiento del procedimiento estandarizado para ello. Evalúa las competencias del recurso humano, realiza proceso de selección, evaluación de conocimientos y finalmente inducción y entrenamiento. ☒</p>
94	<p>La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <p>* No existe política de compras aprobada por la Junta Directiva, sin embargo la Entidad tiene un manual de compras con políticas claramente establecidas y formalizadas, que determina niveles de aprobación de acuerdo con los montos, así como los requisitos y trámites requeridos según el caso.</p> <p>Existe un Comité de Compras, para el análisis y aprobación, también se llevan a cabo procesos de licitaciones con el fin de optimizar recursos y garantizar la transparencia de las actividades. * Las solicitudes y sus respectivas aprobaciones quedan registradas en el aplicativo "MIS SOLICITUDES" garantizando la trazabilidad del proceso de compras. * Las aprobaciones de las compras se dan de conformidad con las facultades estatutarias del representante legal y de la Junta Directiva. * Adicionalmente las facturas que respaldan el proceso de compras también son aprobadas por el aplicativo DOCUMENTE.</p>

<p>95</p>	<p>La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. • La información que se debe revelar. • La forma como se debe revelar esa información. • A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders). • En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. • Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. • Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente. 	<p>0</p>	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad. Sin embargo se aclara que frente a este tema, el Código de Conducta y Buen Gobierno de Unidad Médica y de Diagnóstico establece lo siguiente:</p> <p>* Los valores de UNIDAD MÉDICA Y DE DIAGNÓSTICO son: "Confiabilidad: Generamos confianza, tranquilidad y aceptación, mediante acciones concretas respaldadas por el conocimiento integral y suficiente de nuestros clientes, nuestro negocio y nuestro entorno y la responsable administración de la información"</p> <p>"10.2 Respeto de la información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preservar los secretos industriales y las informaciones que de alguna manera puedan afectar la buena marcha institucional, garantizando su manejo restringido y bajo la reserva del caso. - Transmitir al público e interesados datos e información veraz, verificable y oportuna. - Abstenerse de ocultar información sobre la cual no pueda oponerse reserva. - Informar adecuadamente a los usuarios sobre sus derechos y deberes y en particular sobre las condiciones de su tratamiento asistencial y de las variables de administración que a ellos interesen." <p>* Se reconoce el derecho de los Accionistas a: Se adoptaran progresivamente medidas para facilitar el conocimiento de los asuntos por parte de los accionistas, mediante el envío de información previa, la sustentación adicional de informes o la participación en temas específicos de asesores"</p> <p>*12. Del manejo de la información: "La Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. y en particular quienes integran sus órganos de dirección y administración y altos funcionarios observaran el mayor cuidado con el manejo de la información, garantizando que se preserven los secretos industriales de la Sociedad y la confidencialidad de los asuntos de los que pueda derivarse algún efecto patrimonial respecto de la misma.</p> <p>Velaran porque la información promocional y de carácter público sea veraz.</p> <p>Así mismo la Junta Directiva y la Revisora Fiscal acreditarán que la información contable de la Sociedad y la que se presente a la Asamblea General de Accionistas corresponda a la verdad, sea presentada en forma exacta, se eviten ocultamientos o demoras en el suministro de la información o se presenten situaciones de privilegio o asimetría no razonable en la manipulación de dicha información.</p> <p>Los altos funcionarios de la Sociedad se comprometen a no suministrar información a terceros que no sea pública y que revele actividades internas o políticas de la misma, a menos que este de por medio orden competente o consideración especial que se reporte al Gerente General o</p>
-----------	---	----------	---

96	<p>La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p>	1	<p>La medida se implementa de acuerdo a lo indicado en la Circular.</p> <p>* Revisoria Fiscal establece sus protocolos de revision y planeacion dentro del alcance del trabajo.</p> <p>* Particularmente genera revision especificamente sobre los reportes solicitados por entes de control, que exigen firma digital o fisica sobre los mismos por parte de la Revisoria Fiscal, como por ejemplo sobre Circular unica (validacion de archivos a reportar segun parametros tecnicos del requerimiento), revision sobre formatos especificos de informacion financiera. Se remiten los archivos solicitados con firma del Representante legal y Revisoria Fiscal.</p> <p>Por su parte, Auditoria Interna efectua validaciones en cuanto a la consistencia, integridad y razonabilidad de la informacion como parte de la validacion de los diferentes temas y procesos sujetos a revision, de acuerdo con el plan anual de auditoria. Basados en los informes de auditoria externa de casa matriz, revisoria fiscal y entidades de vigilancia y control, se establecen revisiones para evitar duplicidad de esfuerzos.</p> <p>La Institucion verifica las fuentes y la calidad de los datos fuente, se validan en los sistemas de validacion de los Entes de Control. Adicionalmente, la sociedad matriz realiza la validacion de calidad de la informacion generada por la Unidad Medica y de Diagnostico.</p>
97	<p>La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces :</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita. No obstante, sobre el particular se manifiesta que muchos de los aspectos mencionados en la medida, tales como la informacion de la entidad, la informacion sobre los miembros o propietarios y la informacion sobre la administracion, entre otros, si se encuentra disponible en la parte inferior del home de la web.</p>

98	<p>La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <p>a) Servicios habilitados y en operación. b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud. d) Información sobre el recurso humano de la institución. e) Actividades de promoción y prevención de la salud. f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información relacionada con los servicios habilitados y en operación si se encuentran disponibles en la página web de la entidad.</p>
99	<p>La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, sobre el particular se manifiesta que la información financiera anual, así como información administrativa y noticias significativas, se encuentran ubicadas en el Home de la página web. Adicionalmente, se aclara que la página web está siendo modificada y las medidas relacionadas están en implementación.</p>

100	<p>La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio.</p> <p>Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p> <p>☐</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no esta regulada en la normatividad. Sin embargo, 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.</p>
-----	--	---	---

101	<p>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.</p> <p>a. Capital y estructura de la propiedad de la entidad. b. Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores o igual al 5%), directas e indirectas. c. Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen. d. Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí e. Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por La entidad. f. Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento. g. Acciones propias en poder de la entidad.</p> <p>Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial.</p> <p>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</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado exactamente de la manera descrita, puesto que no incluye la totalidad de items enunciados en la medida. Sin embargo, se aclara que el informe anual presentado por el representante legal contempla: el entorno macroeconomico; informacion general de la IPS; entorno juridico; resultados financieros e indicadores bajo NIF; gestion de la compania en el ano; metas a alcanzar; operaciones celebradas con los administradores; libre circulacion de facturas.</p>
-----	--	---	---

102	De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. El dictamen del periodo es presentado anualmente por el Revisor Fiscal a la Junta Directiva y a la Asamblea de Accionistas sin excepcion. A la fecha no ha existido dictamen con salvedades. Las adiciones hechas a esta medida a través de la circular 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 de la SNS se implementaran dentro del plazo establecido para ello.
103	Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. La compañía revela en el informe de partes vinculadas, todas las operaciones realizadas entre estas. Las adiciones hechas a esta medida a través de la circular 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 de la SNS se implementaran dentro del plazo establecido para ello.
104	En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.	1	La medida se adopta de acuerdo a lineamientos de la Circular. La compañía revela en el informe de partes vinculadas, todas las operaciones realizadas entre estas y recalca en diferentes oportunidades, quienes son sus Accionistas.

<p>105</p>	<p>La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.</p> <p>La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparencia, lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que este acompañado de valores como la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la 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.</p> <p>La implementación y seguimiento de las medidas anteriores 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.</p> <p>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.</p>	<p>1</p>	<p>La medida se adopta debido a que la compañía tiene implementados, socializados y formalizados principios y valores relacionados con los lineamientos de conducta que orientan su actividad, la de sus Accionistas, sus órganos de dirección y todos sus colaboradores, a través de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Código de Conducta * Código de Buen Gobierno de la sociedad matriz * Manual Sarlaft * Manual Modelo de Prevención de Delitos de la sociedad matriz <p>Estos documentos son socializados dentro del Sistema Integrado de Gestión Almera</p>
------------	--	----------	--

106	<p>Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes órdenes temáticos:</p> <p>a) Principios éticos y valores institucionales</p> <p>b) Código de integridad que reúna valores como la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la Justicia.</p> <p>c) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la Entidad</p> <p>d) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno.</p> <p>e) Tratamiento a las actuaciones ilegales o sospechosas</p> <p>f) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones;</p> <p>g) Principios de responsabilidad social empresarial.</p> <p>h) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.</p> <p>i) Establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional</p>	1	<p>La medida se adopta a través del Código de conducta y Buen Gobierno y en el manual SARLAFT, documentos aprobados por la Junta Directiva, que contienen los principios éticos, valores institucionales, los preceptos de comportamiento de colaboradores frente a grupos de interés, y terceros, el uso de información, manejo de bienes y los principios de responsabilidad social. Adicionalmente, a través del modelo de prevención de delitos de la sociedad matriz, que describe la política Anticorrupción y que tiene efectos sobre la IPS, se cumple el literal f de la medida.</p>
-----	---	---	---

107	<p>Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:</p> <p>a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés.</p> <p>b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.</p> <p>c) La importancia de colaborar con las autoridades.</p> <p>d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</p> <p>☐</p>	1	<p>La medida se adopta de la siguiente manera:</p> <p>El Código de Conducta y Buen Gobierno de Unidad Médica y de Diagnóstico contiene los lineamientos relacionados con la obligación de informar actuaciones sospechosas; protección de activos; colaboración con autoridades y adecuado manejo de la información:</p> <p>*"10. Parametros frente al manejo de bienes en la Unidad: La UMD aplicara las mejores practicas en lo atinente al manejo de los bienes bajo su administracion. En particular asume como compromiso de gestion conducta:</p> <p>*10.1 Respecto a las politicas de administracion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejecutar adecuadas estrategias de aseguramiento de bienes, inventario y seguimiento de activos. - Promover politicas de ahorro y buen uso de elementos. - Establecer controles y garantizar que los bienes de la Unidad sean empleados en los fines de esta. <p>*10.2 Respecto de la informacion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preservar los secretos industriales y las informaciones que de alguna manera puedan afectar la buena marcha institucional, garantizando su manejo restringido y bajo la reserva del caso. - Transmitir al publico e interesados datos e informacion veraz, verificable y oportuna. - Abstenerse de ocultar informacion sobre la cual no pueda oponerse reserva. - Informar adecuadamente a los usuarios sobre sus derechos y deberes y en particular sobre las condiciones de su tratamiento asistencial y de las variables de administracion que a ellos interesen"
-----	---	---	--