

## Informe Bienal IPS Universitaria Circular 00003 Supersalud 2021

Medidas	Cumple	Respuesta 2021
Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así para los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ella suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecta de otros.	Si cumple	La institución cuenta con unos estatutos, cuyos capítulo III y IV, en los artículos del 12 al 23, determinan quiénes son los miembros de la Asamblea General, máximo órgano de la institución a quienes define unas funciones específicas y para quienes garantiza un trato igualitario para el ejercicio de sus funciones. Por otra parte, como medida para promover y garantizar un relacionamiento institucional ético, el Código de Ética y Buen Gobierno de la institución contempla en su medida 8.3 del capítulo II que la información institucional debe ser objetiva y debe estar disponible, accesible y comprensible para los públicos de interés de la institución, entre ellos la Asamblea General.
Medida 2. La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y usa dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención a relaciones con miembros del Maxima Organo Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones a plantear inquietudes a sugerencias sobre el desarrollo de la entidad a aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Maxima Organo Social.	Si cumple	La institución dispone de una plataforma llamada Alphasig en la cual se encuentra la información relacionada con todos los indicadores administrativos, asistenciales, financieros, estratégicos y demás. En este sentido la institución dispone de claves de acceso para que los miembros de la Asamblea General consulten la información que sea de su interés. Así mismo, a través del software propio de gestión hospitalaria GHIPS pueden consultar información administrativa como ocupación de cama, tiempo de promedio de estancia hospitalaria, facturación, radicación y demás. Por otra parte, a través de la dirección general, los miembros de la asamblea pueden solicitar la información que requieran de la institución y como miembros activos de la junta directiva de la institución, participan de las reuniones que de manera mensual realiza este organismo para conocer periódicamente sobre los temas de su interés en la institución.
Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	Si cumple	En los estatutos de la institución, específicamente en el capítulo IV, artículo 23 se definen las funciones de la Asamblea General, máxima autoridad de la IPS Universitaria.
Medida 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.	Si cumple	La institución pone a disposición de la asamblea general la información requerida para sus reuniones y respectiva toma de decisiones. Esta es enviada a través de correo electrónico previo a la realización de las asambleas con los documentos de soporte y las decisiones que se deben tomar. Por estatutos la asamblea de corporados de la IPS Universitaria solo está conformada por el rector de la Universidad de Antioquia, el director ejecutivo de la Fundación de la Universidad y posibles futuros socios que cumplan con los requisitos establecidos por el mismo estatuto.
Medida 5. La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos: a) El orden del día, evitando menciones genéricas. b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión. c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en los que la ley lo establece. d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados de los temas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.	Si cumple	Según el artículo 22 de los estatutos de la IPS Universitaria, la convocatoria a las reuniones ordinarias o extraordinarias de la asamblea general, deben realizarse con 15 días hábiles de anticipación y debe contener fecha, hora, lugar y agenda por tratar.
Medida 6. Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del día establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del día una secuencia lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido.	Si cumple	El orden del día para las reuniones de la asamblea se presentan de manera clara y organizado por temas y el desarrollo de los mismos debe ser cumplido durante la reunión.
Medida 7. Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos: a) Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social. b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia. c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva. d) La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social. e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad. f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas.	Si cumple	La Asamblea General es la responsable de tomar las decisiones más importantes de la institución, algunos de los temas mencionados en esta medida están explícitos en los estatutos en el artículo 23, como el cambio de domicilio de la institución, decisiones respecto a las inversiones y otras de carácter financiero, elección del revisor fiscal y sus honorarios, entre otros.
Medida 8. Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.	Si cumple	Según el artículo 22 de los estatutos respecto a la Asamblea General, especifica qué personas presiden la Asamblea y define que en su ausencia pueden ser reemplazados según el estatuto.

<p>Medida 9. La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del orden del día y las correspondientes propuestas de acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.</p>	<p>No cumple</p>	<p>La institución no cuenta con modelos estándar de cartas de representación para minimizar el uso de delegaciones de voto en blanco. Los estatutos institucionales definen que la Asamblea General esta conformada por el Rector de la Universidad de Antioquia y el director ejecutivo de la Fundación de la Universidad de Antioquia como miembros fundadores, más otros miembros activos (personas jurídicas con objetos compatibles al objeto de la corporación o que destinen recursos para el desarrollo de la institución) y miembros honorarios con méritos científicos y otros que los hagan merecedores de dicho nombramiento. En la actualidad la asamblea solo cuenta con los miembros fundadores quienes no pueden delegar en otros la toma de decisiones y sin la participación de ambos no se celebra ni se decide en la Asamblea.</p>
<p>Medida 10. El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u organo 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>	<p>Si cumple</p>	<p>Según el artículo 21 de los estatutos, en la Asamblea General participa siempre el presidente de la junta directiva quien a su vez hace parte de la Asamblea General y el director de la IPS Universitaria en calidad de secretario de la Junta Directiva.</p>
<p>Medida 11. Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular. El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de: a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos. b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria a extraordinaria. c) Examinar, aprobar e improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales. d) Considerar los informes de los administradores y del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales y el informe del Revisor Fiscal. e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas. f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Aunque los requisitos mencionados aparecen en el artículo 23 de los estatutos de la Institución, la Asamblea no cuenta reglamento propio.</p>
<p>Medida 12. La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No somos parte de Grupos Empresariales</p>
<p>Medida 13. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus Organos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno —Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia - los órganos y posiciones individuales dave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No somos parte de Grupos Empresariales</p>
<p>Medida 14. Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No somos parte de Grupos Empresariales</p>
<p>Medida 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.</p>	<p>No cumple</p>	<p>En los estatutos de la Institución no aparecen especificados los mecanismos para la resolución de controversias. No se han producido cambios en los dos últimos años en el funcionamiento de la asamblea de corporados.</p>
<p>Medida 16. Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No somos Caja de Compensación Familiar</p>

<p>Medida 17. Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</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.</p> <p>b. Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario.</p> <p>c. Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad.</p> <p>d. Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.</p> <p>e. Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su 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 al 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 médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores.</p> <p>j. Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia.</p> <p>k. Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>l. Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.</p> <p>m. La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>n. Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional.</p> <p>o. La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers".</p> <p>p. Identificar las Partes Vinculadas.</p> <p>q. Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia.</p> <p>r. Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Los estatutos de la corporación, en su artículo 27 definen como responsabilidades de la Junta Directiva los numerales b, c, d, e, g, p, r y s. El numeral a, respecto a la adecuación de políticas generales referente a los servicios, relaciones industriales y demás aparece en el Plan de Desarrollo Institucional y el Código de Ética y Buen Gobierno, documentos revisados y aprobados por la Junta Directiva. Con el Código de Ética y Buen Gobierno se cumplen también las responsabilidades de este organismo respecto a los numerales i, m, n y o. Aunque son actividades realizadas por la Junta, no se mencionan explícitamente dentro de los estatutos los temas relacionados con la gestión del riesgo en el numeral e y los planes de sistemas de información del numeral f. En lo relacionado con la elección del revisor fiscal, los estatutos lo definen como función de la Asamblea General. Respecto al numeral q y el manejo de los conflictos de interés no aparece explícito en los estatutos.</p>
<p>Medida 18. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como:</p> <p>a. Política de inversiones en activos de la entidad.</p> <p>b. Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido.</p> <p>c. Transacciones con bienes inmobiliarios.</p> <p>d. Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva.</p> <p>e. Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Las actividades mencionadas en este numeral aparecen explícitas como funciones de la Junta Directiva en el artículo 27 de los estatutos y como parte del Código de Ética y Buen Gobierno de la IPS Universitaria.</p>

<p>Medida 18.1. Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces.</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 extremos.</p> <p>g) Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.</p> <p>h) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.</p> <p>i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.</p> <p>j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.</p> <p>k) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.</p> <p>l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.</p> <p>m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Luego de la revisión y socialización de la Circular 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021 al Comité de Gestión del Riesgo y más específicamente frente a la medida 18.1, la IPS tiene los siguientes avances:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se cuenta con un Comité de Gestión del Riesgo, con acta de conformación, funciones y periodicidad de reuniones definidas. Se publican las actas del Comité de Gestión del Riesgo en la plataforma CALIPSU.</li> <li>-Dentro de la Plataforma Estratégica de la institución se cuenta con la Política Estratégica 9: "La institución gestiona integralmente los riesgos con todos sus grupos de interés y en todo el ámbito de su gestión empresarial".</li> <li>-Revisoría fiscal realiza seguimiento periódico al perfil de riesgo de la institución y a la definición de planes de tratamiento para riesgos de carácter estratégico.</li> <li>-Se está estructurando un Modelo de Cumplimiento que permitirá conocer el grado de avance de cada Subsistema de Gestión del Riesgo frente a los requisitos de la Supersalud.</li> <li>-Se empieza a avanzar en la definición de indicadores para cada riesgo priorizado y definición de límites de tolerancia.</li> <li>-Aprobación de la tercera versión del Código de Ética y Buen Gobierno</li> </ul> <p>Por ahora no se cuenta aún con la estructuración de los Subsistemas de Gestión del Riesgo ni la asignación de las responsabilidades definidas para la Junta Directiva referenciadas en la presente Circular.</p>
<p>Medida 19. Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Aunque la Junta Directiva según el artículo el artículo 24 del estatuto está conformado por 8 miembros principales, el Director de la IPS Universitaria participa de esta instancia con voz pero sin voto.</p>
<p>Medida 20. La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>El artículo 24 de los estatutos de la IPS Universitaria definen quiénes son los miembros que conforman la Junta Directiva. Los cargos mencionados en dicho artículos tienen implícitos las calidades de los miembros que deben ser parte de la Junta Directiva. Los cargos que la conforman son los siguientes: 1. El rector de la Universidad de Antioquia, 2. El decano de la Facultad de Medicina de la UdeA, 3. dos miembros designados por el Consejo Superior de la Universidad de Antioquia, 4. el director ejecutivo de la Fundación Universidad de Antioquia, 5. un representante de los usuarios universitarios, 6. un miembro designado por el rector y 7. el director de la IPS Universitaria, quien tiene voz mas no voto.</p>
<p>Medida 21. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Los miembros de junta no cuentan con carta de aceptación a la Junta Directiva en la que se resuman los compromisos que asume como miembro de dicho organismo. Los únicos miembros que presentan carta, pero de delegación, son los miembros designados por el Consejo Superior de la Universidad de Antioquia y hay una carta de posesión para el miembro que es elegido como representante de usuarios del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia, cuyo nombramiento es por dos años. Es de aclarar que todos los miembros de la Junta Directiva para el ejercicio de sus funciones, reciben los estatutos donde están definidas sus funciones y responsabilidades, además de la inducción a otros temas específicos como el manejo de sistemas de información a los que tienen acceso, presentación de los sistemas de gestión de la institución, código de ética y buen gobierno entre otros asuntos de interés para la junta.</p>
<p>Medida 22. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>a. Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>b. Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro a grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c. Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>El artículo 24 de los estatutos de la IPS Universitaria identifican el origen de los miembros de la Junta Directiva. Como directores patrimoniales aparecen el Rector de la Universidad de Antioquia y el director ejecutivo de la Fundación Universidad de Antioquia. Como director ejecutivo participa en esta instancia la directora general de la institución, con voz pero sin voto. Los estatutos no contemplan directores independientes.</p>

<p>Medida 23. El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.</p>	<p>No cumple</p>	<p>No se cuenta con Reglamento de la Junta Directiva. Sin embargo, es importante mencionar que en los estatutos de la institución, en el artículo 24, se describe la conformación de la Junta, la cual contempla que los miembros independientes y patrimoniales son mayoría respecto a los ejecutivos ya que en la Junta solo participa la dirección de la IPS Universitaria, único miembro de carácter ejecutivo que hace parte de dicha instancia.</p>
<p>Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.</p>	<p>No cumple</p>	<p>En la Junta Directiva de la IPS Universitaria participa la dirección general de la institución, quien tiene voz pero no voto.</p>
<p>Medida 25. Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:  a. Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.  b. Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.  c. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Actualmente la Junta Directiva no cuenta con Reglamento para sus funciones y los estatutos, documento que reemplaza el reglamento, tampoco contempla los temas mencionados en dicho ítem con la declaración de relaciones o vínculos de los miembros de Junta con el candidato a Director, ni declaraciones de independencia, etc. La única novedad en los últimos dos años es la actualización del Código de Ética que en su medida 2.6 señala la no injerencia de miembros de Junta Directiva en asuntos internos relacionados con la gestión del talento humano de la organización.</p>
<p>Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de:  - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente.  - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes.  - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes.  - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Además de los miembros designados por el Consejo Superior, el director de la Fundación Universidad de Antioquia cumplen con los requisitos de independencia descritos en la Circular.</p>
<p>Medida 27. La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:  a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.  i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.  b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.  c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Aunque existe el Comité de Ética y Buen Gobierno, creado en el año 2018, dentro sus funciones no se encuentran las mencionadas por la medida en cuestión.</p>
<p>Medida 28. La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p>	<p>No cumple</p>	<p>La institución no cuenta con un procedimiento propio para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal, ni otras condiciones adicionales para ser parte de la Junta Directiva.</p>
<p>Medida 29. La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el Órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.</p>	<p>No cumple</p>	<p>La conformación de la Junta Directiva y de la Asamblea está determinada por el artículo 24 de los Estatutos de la IPS Universitaria y el Comité de Ética y Buen Gobierno no tiene competencias para esas designaciones.</p>
<p>Medida 30. El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.</p>	<p>No cumple</p>	<p>La Junta Directiva no cuenta con un reglamento o un documento que prevea la evaluación de la idoneidad de los candidatos para posterior presentación a la Asamblea General, para que sus miembros dispongan de información suficiente para su adecuada valoración. En el caso específico de la institución esta disposición no aplica puesto que la Asamblea General (rector UdeA y director ejecutivo de la Fundación) no tienen la potestad de elegir a los miembros de la Junta Directiva, excepto el rector que solo puede elegir un representante. El resto de miembros son determinados por sus cargos, dos miembros son elegidos por el Consejo Superior de la Universidad y otro de ellos es elegido por votación de los usuarios del Programa de Salud de la UdeA.</p>
<p>Medida 31. Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada. Así mismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.</p>	<p>No cumple</p>	<p>A la actualidad los miembros de la Junta Directiva no hacen una declaración de compromiso formal y oficial de obrar en el interés general de la entidad, ni firman documentos de confidencialidad en relación a la información que se recibe y discute en esta instancia.</p>
<p>Medida 32. La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del residente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Aunque la Junta Directiva no cuenta con reglamento, es importante mencionar que los estatutos institucionales contienen en sus artículos 24 y 32 las funciones y responsabilidades de sus miembros.</p>

Medida 33. El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.	No cumple	El secretario de la Junta Directiva y el presidente de la Junta no definen un plan de trabajo que contemple un periodo de tiempo el cual determine el número de reuniones ordinarias y su duración estimada. Las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Junta se planean y organizan en función de dinamizar los temas estratégicos, coyunturales y otros de alta importancia que deben ser revisados, avalados y orientados por dicha instancia.
Medida 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.	Si cumple	La junta Directiva de la institución según el artículo 25 de los estatutos institucionales, deben sesionar cada dos meses.
Medida 35. El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	Si cumple	La presidencia de la Junta Directiva de la institución junto con el secretario de la misma procuran una entrega previa y oportuna de la información que sea requerida para la realización de las reuniones, así mismo se hace la entrega de las actas para su revisión y aprobación.
Medida 36. Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.	No cumple	La Junta Directiva no cuenta con un mecanismo documentado y oficial para la evaluación de la eficacia de su trabajo a través de pares, la dedicación y rendimiento de sus directores y otros temas pertinentes.
Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	Si cumple	Con la aprobación del plan de desarrollo estratégico de la institución 2017-2026 la Junta Directiva aprobó para la IPS Universitaria una serie de programas y proyectos definidos a partir de una serie de estándares de calidad y unos objetivos y mega estratégicas definidos como metas a conseguir en la institución.
Medida 38. La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.	No cumple	La Junta Directiva entrega a la directora general de la institución, la potestad de crear los comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Actualmente la institución cuenta con 22 comités normativos y 13 institucionales, cada uno con su respectiva acta de conformación y actas de reuniones periódicas. Por ahora la junta solo cuenta con una comisión propia que es la financiera.
Medida 39. Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.	No cumple	No se cumple, salvo un comisión financiera, la Junta Directiva no tiene comités propios; el mismo Comité de Ética y Buen Gobierno, aunque con un representante de la Junta, no es conformado por ella.
Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Así mismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.	No cumple	No se cumple puesto que la Junta no cuenta con comités propios.
Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	No cumple	No se cumple puesto que la Junta no cuenta con comités propios.
Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	No cumple	No se cumple puesto que la Junta no cuenta con comités propios.
Medida 43. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.	No cumple	Esta medida no cumple, no obstante, la IPS Universitaria cuenta con su propio Comité de Calidad que vela por la calidad de la atención a los pacientes.
Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.	No cumple	Existe un Comité de Auditoría Interna, creado mediante formato institucional, pero su creación no está determinada en el Reglamento de la Junta Directiva, su conformación no obedece a la señalada en la medida ni las funciones son correspondientes.

<p>Medida 45. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <p>a. Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.</p> <p>b. Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.</p> <p>c. Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.</p> <p>d. Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.</p> <p>e. Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre a custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.</p> <p>f. Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios.</p> <p>g. Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad.</p> <p>h. Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones.</p> <p>i. Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no solo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.</p> <p>j. Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.</p> <p>k. Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.</p> <p>l. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.</p> <p>m. Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.</p> <p>n. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.</p> <p>o. Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.</p> <p>p. Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del estudio efectuado.</p> <p>q. Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir varios aspectos.</p> <p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Se tiene constituido un Comité de Auditoría Interna, algunas de las funciones son coincidentes, pero no abarca todas las sugeridas como mínimas.</p>
<p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Existe un Comité de Auditoría Interna, no tiene a Directores Independientes entre sus miembros.</p>
<p>Medida 47. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos de gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo. En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	<p>No cumple</p>	<p>La Junta Directiva no cuenta con reglamento. La creación del Comité de Gobierno Organizacional aparece en el capítulo IV "Disposiciones finales" en el punto 2 del Código de Ética y Buen Gobierno de la institución, el cual contempla la creación y puesta en marcha de un Comité Institucional de Ética y Buen Gobierno cuya conformación hace parte de las actividades a realizar por la organización para la materialización del documento en la institución. Para tal fin y definición de funciones se tendrán en cuenta por parte de la institución lo definido por la circular.</p>

<p>Medida 48. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <p>a. Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse.</p> <p>b. Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el período.</p> <p>c. Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>d. Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>e. Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores.</p> <p>f. Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.</p> <p>g. Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.</p> <p>h. Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad.</p> <p>i. Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica.</p> <p>j. Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento.</p> <p>k. Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus</p> <p>l. principales directivos y personal asistencial.</p>	<p>No cumple</p>	<p>Las directrices para el buen gobierno en la institución aparecen descritas y especificadas a lo largo del Código de Ética y Buen Gobierno. De manera explícita aparecen algunos puntos, como el velar porque el máximo gobierno, usuarios y público en general cuenten de manera completa, veraz y oportuna con la información de su interés, aspecto que corresponde con una política estratégica. En cuanto a los usuarios el código de ética contempla también la carta de derechos y deberes de los mismos. Sin embargo, puntos como la evaluación del cumplimiento de los deberes de la Junta, el establecimiento de las políticas de remuneración para administradores, empleados y los criterios de contratación de los principales directivos no son descritos en dicho documento documento.</p>
<p>Medida 49. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en 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.</p> <p>Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Aunque la Junta Directiva no cuenta con reglamento, la Institución si tiene un Sistema de Gestión Integral del Riesgo (SGIR) cuyo propósito es realizar las actividades conducentes a disminuir la posibilidad y la consecuencia de la materialización de los riesgos además de implementar mecanismos para la continuidad del negocio. Su alcance es institucional y se fundamenta en 3 componentes: <i>1. Gestión de riesgos operativos y de procesos. 2. Gestión de riesgos estratégicos 3. Gestión de la continuidad del negocio</i> . El primer componente se divide a su vez en los siguientes frentes: riesgos de procesos (estratégicos, de apoyo y asistenciales), y Riesgos Operativos. Aspectos e Impactos Ambientales, SST, SARLAFT, Riesgos de obsolescencia tecnológica, de seguridad de la información, protección de datos, entre otros.</p> <p>INTEGRANTES DEL COMITÉ DE RIESGOS: Directora General, Director de Salud, Directora de Docencia e Investigación, Gerente Estratégico, Gerente Gestión del Acceso, Gerente Financiero, Secretaría General y Jurídica, Coordinadora Staff de Gestión Clínica, Coordinador de Costos y Presupuestos, Coordinador de Contabilidad, Coordinadora de Tesorería, Coordinadora de Gestión del Riesgo en Salud, Coordinadora Staff de Talento Humano, Cordinadora de Gestión Ambiental, Coordinadora de Ingeniería Biomédica, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Coordinador de Adquisiciones y Suministros, Coordinadora de TIC's, Coordinador de Auditoría, Coordinadora Staff de Comunicaciones, Coordiandora de Desarrollo Organizacional, Líder de Gestión del Riesgo y Continuidad del Negocio, Líder de Emergencias, Líder de SST, Líder de procesos judiciales y administrativos, Líder Compliance, Líder de Planeación Estratégica, Líder de Responsabilidad Social, Líder de Gestión de la Información, Profesional en análisis financieros, Profesional en seguridad del paciente. Falta asignar responsabilidades a los integrantes de la Junta Directiva.</p> <p>FUNCIONES DEL COMITÉ DE RIESGOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir la Matriz de Tolerancia al riesgo de la IPS UNIVERSITARIA</li> <li>• Evaluar el impacto de la Gestión de Riesgos en sus tres componentes: operativos, estratégicos y de continuidad del negocio.</li> <li>• Apoyar el desarrollo de acciones para el tratamiento de riesgos y el mejoramiento de los procesos.</li> <li>• Tomar decisiones y hacer seguimiento sobre aquellos riesgos que tiene mayor impacto en la organización y que requieren una inversión alta de presupuesto.</li> <li>• Definir estrategias de continuidad del negocio</li> </ul>

<p>Medida 50. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <p>a. Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.</p> <p>b. Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS.</p> <p>c. Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia.</p> <p>d. Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.</p> <p>e. Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).</p>	<p>No cumple</p>	<p>Respecto a las funciones del Comité de Riesgos, aunque no contempla todas las mencionadas en la medida, estas se describen en el "Manual del Sistema de Gestión Integral del Riesgo de la IPS Universitaria" y en su respectiva acta de conformación. Con esto se da respuesta a la política estratégica de riesgos. Para lograrlo, el Sistema de Gestión Integral del Riesgo se plantea un objetivo que es Desarrollar, implementar y mantener una cultura de Gestión Integral del Riesgo a través de la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos institucionales en todos los procesos de la organización, que contribuya en el diseño del negocio y la arquitectura empresarial y de gestión en el cumplimiento de los objetivos. Para ello se adopta la metodología dada por NTC-ISO 31000 (2018). A través de actividades con el Comité Directivo y otros líderes de temas estratégicos, se identificaron riesgos relacionados con: Riesgos Financieros, Riesgos de Mercado, Riesgos de Salud Actuarial, Riesgos de Visión Estratégica, Riesgos de Continuidad de la operación y Riesgos Operativos que afectan la Estrategia. Estos riesgos fueron validados y ajustados con sus respectivas causas y efectos. Se establecieron acciones de mitigación estratégicas que pretenden disminuir los niveles de riesgo de INACEPTABLE y ALTO a MODERADO y ACEPTABLE</p> <p>Para su evaluación, se aplica un instrumento semi-cuali-cuantitativo para construir el Mapa De Riesgos. Los riesgos fueron identificados, analizados, evaluados y priorizados a nivel estratégico. El plan de mitigación asociado a estos riesgos estratégicos se está desarrollando en cada uno de los procesos alineado al Plan de Gestión de cada área.</p> <p>Respecto al seguimiento sistemático a los comités internos, esta actividad es asumida por el área de Calidad y no es potestad del Comité de Gestión del Riesgo. Se vela por este cumplimiento desde el mejoramiento continuo a través de la implementación de los Planes de Mitigación de riesgos tanto operativos como estratégicos, es así, como se logra ver el impacto del Sistema de Gestión Integral del Riesgo en toda la organización y a través de indicadores de impacto del Sistema.</p> <p>Adicionalmente, el gestor de riesgos asistenciales y sanitarios es uno de los líderes de seguridad del paciente con el objetivo de buscar la integración entre el sistema de gestión integral de riesgo y la seguridad del paciente, buscando así alinear la acciones de mitigación de riesgos a las estrategias de seguridad (esto está en etapas incipientes de implementación, hasta ahora ambos enfoques tienen una articulación indirecta).</p>
<p>Medida 50.1. Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos:</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 uno de los riesgos identificados.</p> <p>c) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.</p> <p>d) Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.</p> <p>e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.</p> <p>f) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.</p> <p>g) Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.</p> <p>h) Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.</p> <p>i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).</li> <li>• Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.</li> <li>• Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos."</li> </ul>	<p>No cumple</p>	<p>La IPS Universitaria cuenta con un Comité de Gestión del Riesgo, cuyas funciones se establecen en su acta de conformación publicada en CALIPSU y que se listan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir la Matriz de Tolerancia al riesgo de la IPS UNIVERSITARIA</li> <li>• Evaluar el impacto de la Gestión de Riesgos en sus tres componentes: operativos, estratégicos y de continuidad del negocio.</li> <li>• Apoyar el desarrollo de acciones para el tratamiento de riesgos y el mejoramiento de los procesos.</li> <li>• Tomar decisiones y hacer seguimiento sobre aquellos riesgos que tiene mayor impacto en la organización y que requieren una inversión de presupuesto.</li> <li>• Definir estrategias de continuidad del negocio.</li> <li>• Preparar los informes de riesgos de procesos y estratégicos para la Dirección General.</li> <li>• Formulación y seguimiento de Planes de Tratamiento de Riesgos operativos</li> <li>• Seguimiento de indicadores de resultado del Sistema de Gestión Integral del Riesgo.</li> </ul> <p>De acuerdo a la medida 50.1 se deben redefinir las funciones del Comité de Gestión de Gestión del Riesgo e implementar las acciones pertinentes para el cierre de brechas, fortaleciendo sobre todo la articulación con la Junta Directiva de la Institución.</p>
<p>Medida 51. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	<p>Sí cumple</p>	<p>El Comité de Ética y Buen Gobierno hace las veces del comité de conducta que menciona el numeral. No aparece específicamente en los estatutos de la institución pero sí aparece reglamentado en el Código de Ética y Buen Gobierno, específicamente en el capítulo IV punto 2 de dicho documento. El documento no describe en detalle la conformación del Comité y aparece como función de la dirección propender por su conformación.</p>

<p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.</li> <li>b. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.</li> <li>c. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.</li> <li>d. Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</li> </ul>	Si cumple	<p>Las funciones del Comité de Ética y Buen Gobierno de la IPS Universitaria, descritas en el respectivo código, coinciden con las presentadas en dicho numeral de la circular. Lo relacionado con las estrategias para el fortalecimiento de los pilares de la conducta ética en la institución son un objetivo que debe cumplir el comité. Para este fin, la institución cuenta además con la existencia y funcionamiento de otros comités ya existentes como son el Comité de Ética Hospitalaria y el Comité de Ética en la Investigación. Ambos cuentan con sus respectivas actas de conformación y se reúnen de manera regular. El primero es un órgano consultivo para la reflexión de los problemas éticos que surgen en el proceso de atención en salud con los usuarios, y el segundo, preserva la integridad de los usuarios participantes en investigaciones clínicas y no clínicas que vayan a realizarse en la institución. Junto con estos dos comités, el Comité de Ética y Buen Gobierno hace parte de la triada que gestiona la ética y el buen gobierno en la institución.</p> <p>En cuanto a las funciones relacionadas con el apoyo a la Junta Directiva, esta es precisamente la razón de ser el comité en el código de ética, además de promover el conocimiento y apropiación de su contenido con los públicos de interés y actualizar la institución en los temas competentes. Vale mencionar que en el 2021 fue aprobado y publicado el procedimiento de conflictos de interés para la institución.</p>
<p>Medida 53. El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.</p>	Si cumple	<p>Actualmente la institución en su Código de Ética y Buen Gobierno en el capítulo II sobre el Buen Gobierno en la Institución en el numeral 8 "Medidas para prevenir y garantizar un relacionamiento ético" describe las prácticas éticas con las cuales la institución promueve un actuar transparente, legal, anticorrupción y una competencia justa. Estas medidas contemplan entre otras actividades: el acatamiento y respeto por la ley en el actuar institucional, promoción de una gestión transparente con las empresas aliadas, información clara y veraz con sus grupos de interés, identificación de grupos de interés y respeto a sus derechos, etc.</p> <p>En la versión 03 del Código de ética y buen gobierno aprobado por la Junta Directiva en el primer semestre de 2021, se incluyó un capítulo que aborda en Disposiciones generales las Prácticas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno, estando alineado con la Política de Anticorrupción y Antisoborno publicada en 2018.</p>
<p>Medida 54. El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).</p>	Si cumple	<p>Se diseñó una primera versión del Plan de Anticorrupción para la IPS Universitaria, el cual fue presentado al Comité Directivo el 11 de diciembre de 2018, allí se realizaron sugerencias de ajustes y finalmente se generó una segunda versión llamada Plan de Gestión Visible, cuyo objetivo es presentar las estrategias, acciones y medidas que permitan a la IPS Universitaria la prevención y mitigación de la ocurrencia de eventos de corrupción, fraude y soborno en cumplimiento con la Circular Externa 003/2018 y las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia.</p> <p>Posteriormente en el Comité de Ética y Buen Gobierno, acta 05 del 21 de enero de 2019, se validó dicho plan y se dieron indicaciones para su despliegue e implementación.</p> <p>El 18 de marzo de 2019 se aprobó en el Comité de Ética y Buen Gobierno, Acta 07, la Política de Anticorrupción y Antisoborno, que incluye directrices por cada uno de los puntos de esta medida. Esta se encuentra publicada en la intranet de la IPS Universitaria. Así mismo, fue desplegada a toda la institución a través de la plataforma TELEDUCACIÓN. Durante el año se envían flash informativos por diferentes medios de comunicación interna con el fin de recordar el compromiso que cada uno tiene con el cumplimiento del objetivo central que es CERO tolerancia frente actos de corrupción, soborno y fraude.</p> <p>En la versión 03 del Código de ética y buen gobierno aprobado por la Junta Directiva en el primer semestre de 2021, se incluyó un capítulo que aborda en Disposiciones generales las Prácticas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno, estando alineado con la Política de Anticorrupción y Antisoborno publicada en 2018.</p> <p>En febrero de 2021 es aprobado por Junta Directiva el Código de transparencia, en el cual quedan explícitas las responsabilidades que tiene la Junta Directiva con el compromiso de CERO tolerancia frente actos de corrupción, soborno y fraude.</p>

<p>Medida 55. Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:</p> <p>a. Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio</p> <p>b. de funciones públicas.</p> <p>c. Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>d. Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.</p> <p>e. Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.</p> <p>f. Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.</p> <p>g. Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).</p> <p>h. Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.</p> <p>i. Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (coma descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).</p> <p>j. Otras áreas de alto riesgo, coma contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos a convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir a falsear el</p> <p>k. Juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.</p>	Si cumple	<p>El 18 de marzo de 2019 se aprobó en el Comité de Ética y Buen Gobierno, Acta 07, la Política de Anticorrupción y Antisoborno, dicha política incluye directrices por cada uno de los puntos de esta medida. La política se encuentra publicada en la intranet de la IPS Universitaria. Así mismo, fue desplegada a toda la institución a través de la plataforma TELEDUCACIÓN, durante el año se envían flash informativos por diferentes medios de comunicación interna con el fin de recordar el compromiso que cada uno tiene con el cumplimiento del objetivo central que es CERO tolerancia frente a actos de corrupción, soborno y fraude.</p> <p>En la versión 03 del Código de Ética y Buen Gobierno aprobado por la Junta Directiva en el primer semestre de 2021, se incluyó un capítulo que aborda en disposiciones generales las prácticas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno, estando alineado con la Política de Anticorrupción y Antisoborno publicada en 2018.</p> <p>En febrero de 2021 es aprobado por Junta Directiva el Código de transparencia, en el cual queda explícito las responsabilidades que tiene la Junta Directiva con el compromiso de CERO tolerancia frente a actos de corrupción, soborno y fraude.</p>
<p>Medida 56. La entidad incluye como mínima 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 usuarios, 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 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>	Si cumple	<p>El Manual del Sistema Integrado de Gestión MN-MJ-1076 de la institución desarrolla de manera implícita los conceptos de autocontrol, autorregulación y autogestión, lo mismo que en el artículo 35 de los estatutos institucionales, pero dichos conceptos no aparecen desarrollados y descritos de manera explícita como principios dentro del Sistema de Control Interno.</p> <p>Por otro lado el MN-AI-5628 Manual de Sistema de Control Interno V01, es un enfoque que refleja un control al diseño de los demás controles que son desplegados en la institución para fomentar los principios del autocontrol, autogestión y autorregulación del control interno en cada uno de nuestros colaboradores y aliados, pues reconocemos que el control interno es intrínseco en la operación de la organización, además se ha venido trabajando en la implementación del enfoque PR-AI-4843 Programa para el fomento de la cultura del Autocontrol V01, el cual permitirá hacer una labor articulado con la Gerencia Estratégica para motivar continuamente la cultura del Autocontrol como factor contributivo para el mejoramiento del desempeño.</p> <p>Se cuenta además con otros controles que permiten vivir y evidenciar la triada de los principios AAA (autocontrol, autogestión y autorregulación) desde la gestión de mejoramiento continuo, con la implementación de acciones de mejora que se derivan de las evaluaciones independientes (auditorías internas y externas) y evaluaciones continuas (autoevaluaciones, mejoras del proceso por revisiones de procedimientos, paciente trazador, rondas de liderazgo, protocolo Londres, gestión de eventos adversos).</p>
<p>Medida 57. La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p>	Si cumple	<p>Se tiene diseñada una estructura de Control Interno, determinada en el Manual del Sistema de Control Interno de la IPS, aprobado y publicado en CALIPSU. Por otra parte, a través de la implementación y aplicación del Modelo Integral COSO III, la Institución implementa un marco de control interno que aplica los componentes de (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p>
<p>Medida 58. En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <p>a. Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.</p> <p>b. Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.</p> <p>c. Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI.</p> <p>d. Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.</p>	Si cumple	<p>Respecto al ambiente de control, la IPS Universitaria tiene definido por parte de la Dirección y la Junta Directiva unos principios básicos que rigen la institución definidos en su plataforma estratégica (misión, visión, valores y políticas) todas plasmadas en el Código de Ética y Buen Gobierno en el punto 4. Se establecen además unos lineamientos de conductas descritos en el mismo documento. El área de Talento Humano cuenta con procedimientos que propenden por una gestión por competencias desde el ser, hacer y saber y trabaja en la definición de una cultura organizacional deseada que coherente con la plataforma estratégica institucional. Además la IPS Universitaria cuenta con un plan de desarrollo estratégico establecido del 2017 al 2026 el cual contempla unos objetivos coherentes a la filosofía institucional. A esto se suma el Manual del Sistema Control Interno que también fortalece un ambiente de control el cual está disponible en Calipsu.</p>

<p>Medida 59. La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> <p>a. Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.</p> <p>b. Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínima los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.</p> <p>c. Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanas, 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 a proceso y capacidad de retornar a la operación normal.</p> <p>g. Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.</p> <p>h. Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el Costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlas, según resulte procedente.</p> <p>i. Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.</p> <p>j. Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes a acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normativa vigente.</p> <p>k. Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución adelanta los siguientes procedimientos respecto a la gestión de los riesgos:</p> <p>Identifica las amenazas a través de herramientas como la matriz DOFA o PESTA.</p> <p>Autoevalúa los riesgos existentes y contempla las categorías de riesgos en salud, económicos, procesos operativos, lavado de activos y financiación del terrorismo. Para ello, el Sistema de Gestión Integral del Riesgo tiene 3 componentes: <i>1. Gestión de riesgos operativos y de procesos. 2. Gestión de riesgos estratégicos 3. Gestión de la continuidad del negocio.</i></p> <p>La gestión de riesgos operativos y de procesos se divide a su vez en: riesgos de procesos (estratégicos, de apoyo y asistenciales) riesgos operativos: Aspectos e Impactos Ambientales, SST, SARLAFT, Riesgos de obsolescencia tecnológica, de seguridad de la información, protección de datos, entre otros. Cada proceso y subproceso gestiona sus riesgos a través de las siguientes etapas de Identificación, Análisis, Evaluación y Priorización. Sobre la medición de la probabilidad de ocurrencia y el impacto la metodología de Gestión de Riesgos propia contempla dos componentes, Impacto y probabilidad o frecuencia de materialización, y se evalúa en 8 perspectivas de impacto: Financiera, Legal/Regulatoria, Seguridad del paciente, Operativa, Reputacional, Seguridad de la Información y Ambiental.</p> <p>Respecto a los controles para su evaluación se establece una metodología que califica los controles en 4 características principales: Responsabilidad, Sistemática, Documentación y Efectividad. Los mapas de riesgos se construyen con cuatro niveles de riesgos: ACEPTABLE, MODERADO, ALTO E INACEPTABLE. La institución estructuró la metodología para la planificación de los Planes de Contingencia institucionales para riesgos priorizados. Los informes y mapa de riesgos se socializan con los equipos respectivos para luego definir acciones y estrategias orientadas a su mitigación.</p> <p>Aun no se ha definido una metodología para definir el costo beneficio de cada una de las estrategias que se han definido para mitigar los riesgos identificados.</p> <p>Para la medición y reporte de pérdidas por materialización de riesgos aún no se cuenta con un sistema que permita el reporte de riesgos materializados, aunque se estima diseñar un módulo en el Software de Riesgos de la entidad para gestionarlos.</p> <p>La institución no ha definido la metodología para proyectar las pérdidas por la materialización de riesgo. Sobre el seguimiento a los riesgos identificados, estos son monitorizados por los coordinadores, líderes y gestores de riesgo de cada proceso y subproceso. Por su parte, los riesgos estratégicos se monitorean desde el Comité de Riesgos del cual</p>
<p>Medida 60. La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:</p> <p>a. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en los resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios.</p> <p>b. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.</p> <p>c. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.</p> <p>d. Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información.</p> <p>e. Segregación de funciones.</p> <p>f. Acuerdos de confidencialidad.</p> <p>g. Procedimientos de control aleatorios.</p> <p>h. Difusión de las actividades de control.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución realiza actividades de control a través del seguimiento al direccionamiento y Plan de Desarrollo Institucional, los planes de mitigación de los riesgos estratégicos, financieros, de mercado, de modelo de operación, de continuidad de la operación; por otra parte desde el área de auditoría interna se elaboró el programa de auditoría basada en riesgos y el Sistema Integrado de Gestión que busca promover el autocontrol a través del fomento de una conciencia de mejoramiento. También se cuenta con un Manual del Sistema de Control Interno.</p>

<p>Medida 61. Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Así mismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen, controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo. La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <p>a. Identificar la información que se recibe y su fuente.</p> <p>b. Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.</p> <p>c. Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.</p> <p>d. Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.</p> <p>e. Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuentes originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.</p> <p>f. Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.</p> <p>g. Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.</p> <p>h. Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo.</p> <p>i. Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros).</p> <p>j. Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda).</p> <p>k. Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia.</p> <p>l. Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros.</p> <p>m. Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento.</p> <p>n. Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.</p>	Si cumple	<p>La institución responde ante las necesidades de información, tanto internas como externas cumpliendo con toda la normatividad vigente para los sistemas de información y manejo de datos.</p> <p>La gestión de datos se apoya en los diversos sistemas de información implementados, entre los cuales se destaca el sistema de desarrollo propio "GHIPS".</p> <p>Cuenta con un plan de gerencia de la información y procedimientos documentados asociados, con los cuales se garantiza el ciclo del procesamiento de la información bajo características de disponibilidad, integridad y confiabilidad de la información.</p> <p>El sistema de información cuenta con controles de acceso con perfiles y permisos, seguridad perimetral, respaldos seguros programados, almacenamiento y respaldo redundante de la información en un Data Center, y el buen uso de la información acorde con la ley de habeas data y protección de datos personales, entre otros. Adicionalmente, se cuenta con un plan de mitigación de riesgos de la información con base en la ISO 31000.</p> <p>Se reconoce la historia clínica como el documento primario mas importante de la institución y por ende se manejan los controles restrictivos necesarios para salvaguardar y custodiar dicho registro.</p>
<p>Medida 62. Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial a reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p>	Si cumple	<p>La institución cuenta con medios y canales de difusión de la información Integrados en un portal de aplicaciones, conformado por el siguiente grupo de aplicativos: Calipsu, GHIPS (hospitalario, administrativo y financiero), Tablero de control (Alphasig), Archivador virtual, Talento humano, Gestión del mejoramiento, Docencia e investigación, Portal de contratación, Costos, Solicitud de remisión, Correo institucional, Página web, Administrador documental, Nacimientos y Defunciones (RUAf- ND), Solicitudes de mantenimiento y Laboratorio clínico; todo lo anterior, bajo condiciones de seguridad, accesibilidad y disponibilidad controlados.</p> <p>Adicionalmente, la institución se apropia de los diversas plataformas informáticas externas disponibles para la consulta, reporte y difusión de datos e información de naturaleza normativa.</p>
<p>Medida 63. A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente con terceras para fines analíticos, estadísticos a de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	Si cumple	<p>A través de una herramienta de identificación, registro y priorización de necesidades de información, la institución clasifica las bases de datos y los tipos de información acorde con la Ley de Habeas Data y de protección de datos personales. Para aquellas base de datos que contienen datos personales y tipos de información que contienen datos sensibles, se hace tratamiento especial, con el fin de evitar vulneraciones a la intimidad, tal como aparece en la política de tratamiento de datos personales, publicada en la página Web de la IPS Universitaria.</p>
<p>Medida 64. A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	Si cumple	<p>En la nota 33 de las Revelaciones en los Estados Financieros se encuentran denotadas las transacciones inherentes con las partes relacionadas que en este caso son la Universidad de Antioquia y la Fundación Universidad de Antioquia.</p>
<p>Medida 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.</p>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria dispone de la infraestructura tecnológica necesaria para brindar la seguridad y confidencialidad de la información a través de las siguientes herramientas, las cuales están descritas en el “Manual de Seguridad Informática”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de seguridad perimetral: brinda la seguridad y confidencialidad desde y hacia el exterior de la institución.</li> <li>• Solución antivirus: brinda la seguridad y confidencialidad de la información interior de la institución.</li> <li>• Solución de “Directorio Activo”: garantiza el acceso autorizado y controlado a la información de la IPS Universitaria.</li> </ul> <p>Mediante el proyecto de “Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI)”. Este proyecto propende por el fortalecimiento de la infraestructura informática mediante la renovación de la plataforma LAN Switching para la Clínica León XIII y la migración de las principales aplicaciones institucionales a una nube privada empresarial.</p> <p>La IPS Universitaria contribuye al desarrollo de la línea estratégica de “fortalecimiento del modelo de gestión”, garantizando que todos los datos e información contenida en el Data Center del proveedor TIGO-UNE sean respaldadas a diario mediante un esquema de backup diferencial cada hora y de forma completa a media noche. Ver: “esquema de backup data center TIGO – UNE”. Lo anterior, en cumplimiento con la norma TIA-942.</p> <p>Desde el área de tecnología informática se aporta a la seguridad y a la gestión del riesgo mediante un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura informática, que están descritos en el procedimiento “Mantenimiento Tecnologías de la Información”.</p> <p>La institución celebra acuerdos de confidencialidad con todos sus empleados como parte de los acuerdos contractuales con la institución.</p>

<p>Medida 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.</p>	Si cumple	<p>Los empleados conocen su rol en la organización a través de actividades de inducción general y específica para el cargo. Según el Manual del sistema de control interno en la IPS Universitaria, se definen las responsabilidades que cada uno tiene desde las tres líneas de defensa de la Institución y sus responsabilidades comunes y específicas en el Sistema de Control interno de la Institución ( páginas 6 y 9 del Manual). Actualmente se realiza una medición del grado de madurez del Sistema de control interno, diagnóstico que también sirve para socializar y divulgar que mediante el modelo COSO III se está evaluando el Sistema de Control Interno, que permite verificar si los controles y funciones de estos se cumplen o no en la institución.</p>
<p>Medida 67. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Canales de comunicación.</li> <li>Responsables de su manejo.</li> <li>Requisitos de la información que se divulga.</li> <li>Frecuencia de la comunicación.</li> <li>Responsables.</li> <li>Destinatarios.</li> <li>Controles al proceso de comunicación.</li> </ol> <p>Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, la oportunidad, la veracidad, la suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.</p>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria cuenta con un Manual de Comunicación institucional publicado en CALIPSU, documento que caracteriza los canales de comunicación institucionales, su manejo, público al que va dirigido y frecuencia en el uso. Define además los lineamientos que debe cumplir un mensaje para que sea institucional, las responsabilidades del equipo de comunicaciones, quiénes son los públicos internos y externos y las maneras en que el área de Comunicaciones mide su gestión y la satisfacción de sus públicos.</p>
<p>Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas.</p> <p>Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	Si cumple	<p>Actualmente la Institución, mediante la reestructuración del proceso de Auditoría interna enfocada al cumplimiento de sus funciones de aseguramiento y consultoría, y con una misión ajustada a la normas internacionales del MIPP, inició el despliegue de los enfoques: MN-AI-5628 Manual Sistema de Control Interno V01 y PC-AI-5629 Procedimiento para aplicar herramientas COSO III V01, insumos para medir el nivel de madurez del Sistema de Control Interno en la IPS Universitaria. Estos generan un informe de las deficiencias leves y graves del sistema, pero además, basándonos en buenas prácticas de Gobierno, como las recomendadas por esta circular 003, otras guías como las del MIPP ( Marco Internacional para práctica profesional de la Auditoría interna ), guías de buen gobierno del IIA Global ( Instituto de Auditores Internos), y guías del DAFP en las cuales nos hemos referenciado para sugerir acciones de mejora que fortalezcan el control, la gestión del riesgos y el Gobierno en cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno. Se está generando desde el proceso de Auditoría interna un valor agregado que redunde y aporte a la mejora Institucional y al logro de los objetivos estratégicos.</p>
<p>Medida 69. La entidad utiliza empresas de Auditoría Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloría Interna, y haciéndoles seguimiento.</p>	Si cumple	<p>La actividad de revisión de efectividad del Control Interno ha sido realizada por la Revisoría Fiscal, que es externa e independiente de la IPS; no se utilizan empresas distintas para verificar y se hace seguimiento a hallazgos.</p>
<p>Medida 70. La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.</p>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria establece en el mapa de procesos el Proceso de Control y Gestión del Mejoramiento, con los subprocesos asociados: control de la gestión y seguimiento, análisis y mejora. Cada uno de ellos establece procedimientos orientados a realizar la evaluación y control de la atención en salud, el cual evalúa el grado de ajuste frente a los requisitos institucionales, legales y normativos, entre los que se incluyen los atributos de calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.</p> <p>Adicionalmente, se define desde éste proceso el Programa de Auditoría, el cual se encuentra enmarcado en el Manual de Auditoría y el procedimiento de Auditorías Internas. Los resultados de las auditorías se socializan con los procesos evaluados, con el fin de adelantar las acciones requeridas para el mejoramiento continuo. Los resultados globales derivados del proceso evaluativo al Sistema Integrado de Gestión, son publicados en el informe de gestión anual, el cual es publicado para conocimiento de los diferentes grupos de interés.</p>
<p>Medida 71: Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.</p>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria vela por el cumplimiento de la normatividad vigente asociada al sistema integrado de gestión, velando por su eficacia, eficiencia y efectividad. En esta instancia participan algunos miembros del Comité Directivo buscando garantizar una comunicación de resultados y necesidades para la toma de decisiones desde la alta dirección.</p>

<p>Medida 72. La Junta Directiva u órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refirieren, cuando menos a:</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 auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción.</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>	<p>Si cumple</p>	<p>La IPS Universitaria define en su direccionamiento estratégico las políticas 3: Modelo de atención en salud, 6: Seguridad en la atención, y 9: Gestión de riesgos, las cuales se encuentran orientadas a la unificación de esfuerzos para la prestación de servicios de salud con calidad, para alcanzar la mega institucional: Ser reconocidos internacionalmente como el Hospital Universitario de la Universidad de Antioquia.</p> <p>También, la institución cuenta con el modelo de atención institucional SERMÁS, que brinda los lineamientos para ofrecer una atención integral en salud centrada en el ser humano, personalizada, mediante enfoque diferencial, curso de vida y gestión del riesgo, con una gestión clínica eficiente, para obtener resultados en salud. En él se determinan los mecanismos de evaluación y los indicadores a través de los cuales se realiza seguimiento. Adicionalmente, se cuenta con una arquitectura organizacional que determina los procesos y subprocesos que soportan la implementación del modelo, los cuales se encuentran publicados en la plataforma de gestión documental: CALIPSU. La IPS Universitaria define el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, con enfoque de acreditación, y establece el cronograma de auditorías internas para evaluar el sistema integrado de gestión, a partir del cual se identifican las brechas que se intervienen con base al modelo de mejoramiento institucional. Desde el Área de Talento Humano se establece el modelo de transformación cultural basado en valores, que busca Identificar, modificar y promover actitudes, comportamientos y creencias en los líderes y equipos que conforman IPS Universitaria, alineando los intereses individuales a los colectivos, fortaleciendo la vivencia de los valores que impulsen cambios innovadores y resultados sostenibles hacia el logro de un alto nivel de desempeño organizacional. También, se adopta la buena práctica de autocuidado del paciente, familia y/o cuidador y colaborador en su seguridad que determina las estrategias que se promueven a nivel organizacional para generar las buenas prácticas de autocuidado que fortalecen el proceso de atención, y contribuyen a mejorar la cultura de seguridad.</p>
<p>Medida 73. Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>En el informe de gestión se encuentra el resumen de los principales resultados financieros de la entidad, además de las acciones implementadas para una mejor toma de decisiones, en el capítulo Desempeño financiero.</p>
<p>Medida 74. Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>En el proceso de ejecución de la auditoría externa, se entregan informes periódicos evaluando todos los sistemas de control interno de la institución (informes de planeación, ejecución y cierre) con reporte a la junta directiva y al área de auditoría interna. A estos informes el área de Auditoría Interna realiza seguimiento con sus respectivos planes de mejora.</p>
<p>Medida 75. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <p>a. Supervisión de los procesos contables.</p> <p>b. Evaluaciones y supervisión de los aplicativos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma.</p> <p>c. Presentación de informes de seguimiento.</p> <p>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.</p> <p>e. Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas.</p> <p>f. Supervisión continua de los Sistemas de Información.</p> <p>g. Autorización apropiada de las transacciones por los Órganos de dirección y Administración.</p> <p>h. Autorización y control de documentos con información financiera.</p> <p>i. Autorizaciones y</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La contabilidad de la institución se realiza bajo los principios contables generalmente aceptados de acuerdo a la normatividad vigente, con las respectivas políticas contables y manejo de la información en los distintos software que sirven de base para emitir informes oficiales a entes de control y de seguimiento para la administración.</p>
<p>Medida 76. La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La IPS Universitaria tiene documentado los procesos relacionados con la gestión de la tecnología en un documento denominado Manual de la Gestión de la Tecnología MN-TC-5077 disponible en CALIPSU. Con este documento se busca una gestión segura y pertinente con beneficios para los usuarios, mínimos riesgos para los trabajadores y el medio ambiente y que apoye las labores de docencia e investigación de la institución. En él se definen los lineamientos operativos (políticas) para la gestión de la tecnología.</p>

<p>Medida 77. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Administración de proyectos de sistemas.</li> <li>Administración de la calidad.</li> <li>Adquisición de tecnología.</li> <li>Adquisición y mantenimiento de software de aplicación.</li> <li>Instalación y acreditación de sistemas.</li> <li>Administración de cambios.</li> <li>Administración de servicios con terceros.</li> <li>Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica.</li> <li>Continuidad del negocio.</li> <li>Seguridad de los sistemas.</li> <li>Capacitación y entrenamiento de usuarios.</li> <li>Administración de los datos.</li> <li>Administración de instalaciones.</li> <li>Administración de operaciones de tecnología y documentación.</li> </ol>	Si cumple	En el mismo Manual de la Gestión de la Tecnología se describen todos los ítems mencionados en la respectiva medida excepto el punto (l) sobre administración de los datos, puesto que la gestión tecnológica de la institución custodia la información, vela por su adecuado almacenamiento, pero no administra la información. La administración se encuentra a cargo de las áreas que participan en el Plan de Gerencia de la Información.
<p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.</li> <li>Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya.</li> <li>Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo.</li> <li>Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.</li> <li>Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto.</li> <li>Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.</li> <li>Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.</li> <li>Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario.</li> <li>Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración.</li> <li>Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos.</li> <li>Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente.</li> <li>Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento.</li> <li>Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máxima Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna.</li> <li>Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular.</li> </ol>	No cumple	Respecto a las obligaciones especiales asignadas a la Junta Directiva todas las mencionadas en la presente medida se cumplen y a ellas se hace referencia en el artículo 24 de los estatutos o son implícitas del cargo, excepto: el numeral (e ) respecto a la designación de los directivos de las áreas encargadas del Sistema de Control Interno de la Institución; el numeral (f) sobre la adopción de medidas necesarias para garantizar la independencia del auditor interno; el numeral (j) sobre la aprobación de los recursos suficientes para el sistema de control interno y el numeral (n) referente a la elaboración de un informe sobre los resultados de la evaluación del sistema de control interno. Cabe anotar que a pesar de que faltan aspectos por cumplir, la institución ha avanzado en: e) se le ha socializado desde la Dirección general a la Junta Directiva la circular 003 en cuanto a lo solicitado por la medida No. 78 f) Algunos auditores del proceso de Auditoría iniciaron su preparación para ser CIA ( certificado en Auditoría Interna, según las normas del MIPP) y se elaboraron los enfoques AN-MJ-4445 CODIGO ETICA AUDITORIA V01, AN-MJ-5540 ESTATUTO DE AUDITORIA INTERNA V01 para dar cumplimiento a la implementación de las normas de atributos y desempeño que dan cuenta de la independencia del proceso de Auditoría interna y de la objetividad de sus auditores, n)Actualmente se avanza en un diagnóstico inicial sobre el estado de madurez del Sistema de Control Interno con el despliegue del Manual Sistema de Control Interno y el Procedimieno para aplicar herramientas COSO III V01, del cual ya se tiene un infomre preliminar del componente No. 1 Entorno de Control , según marco de control interno COSO III.
<p>Medida 79. En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</li> <li>Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.</li> <li>Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.</li> <li>Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</li> <li>Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.</li> <li>Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</li> <li>Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.</li> <li>Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</li> <li>Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad.</li> <li>Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada.</li> <li>Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.</li> <li>Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad.</li> <li>Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.</li> </ol>	Si cumple	Respecto a las obligaciones presentadas en la medida 79 como responsabilidades de la Representante Legal, todas ellas son asumidas por la dirección general de la institución, las cuales aparecen descritas en los estatutos en el artículo 33 y en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Institución. Adicionalmente la institución cuenta con un Sistema de Control Interno con todas la actividades que este contemplan para evaluar y supervisar. La dirección general delega además al equipo de Auditoría Interna la implementación de modelos de control interno.

<p>Medida 80. El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.</p>	Si cumple	El Representante Legal a través del aplicativo "administrador documental" y comunicaciones físicas, deja constancia de sus actuaciones y decisiones, mantiene a disposición de la auditoría lo que se requiera para determinar implementación del Control Interno.
<p>Medida 81. Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.</p>	No cumple	El equipo de trabajo de Auditoría Interna está conformado por cuatro profesionales, un coordinador y tres auditores. Esos cargos cuentan con sus respectivos perfiles de cargos definidos de acuerdo a las necesidades de la institución. El nombramiento no lo hace la Junta Directiva, sino la Dirección General. En este sentido vale mencionar que la institución cuenta con dos nuevos enfoques: Código de Ética Auditoría y el Estatuto de Auditoría Interna, con los cuales se da cumplimiento a la implementación de las normas de atributos y desempeño que dan cuenta de la independencia del proceso de Auditoría, alcance y responsabilidad que debe tener el proceso en la institución. Ambos documentos están pendientes de aprobación por parte de la Junta Directiva.
<p>Medida 82. La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses. Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	Si cumple	Respecto a la independencia de la Auditoría Interna, este está garantizada por el mismo Manual de Auditoría. También aparece en el Código de Ética de Auditoría Interna, adoptado del MIPP ( Marco Internacional para la práctica profesional de AI).
<p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	Si cumple	Para el equipo de trabajo de Auditoría Administrativa está conformado por cuatro profesionales, un coordinador y tres auditores. Esos cargos cuentan con sus respectivos perfiles de cargos definidos de acuerdo a las necesidades de la institución. El organo equivalente en este caso es la Dirección General, de quién depende funcional y administrativamente el proceso de Auditoría Interna.
<p>Medida 84. Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p>	Si cumple	En el Manual de auditoría interna, se define en el capítulo II los atributos de los auditores, las cuales ofrecen las condiciones requeridas para garantizar las competencias necesarias para garantizar el éxito de ésta. Actualmente el grupo está conformado por 4 profesionales: 1 coordinador y 3 auditores especialistas. Su desempeño está regido por un manual de funciones y una evaluación de desempeño. La IPS Universitaria de acuerdo con los procesos a auditar evalúa la necesidad de contar con auditores externos para la verificación de procesos, garantizando una auditoría con expertos técnicos. Vale mencionar que en el Código de Ética de Auditoría Interna, adoptado del MIPP ( Marco Internacional para la práctica profesional de AI), se describen los deberes del desempeño y desarrollo profesional continuo al igual que en los manuales de funciones.
<p>Medida 85. El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	No cumple	En revisión detallada de la presente medida por parte del equipo de Auditoría Interna, se encuentra que el alcance de este punto es diferente. Aunque en los anteriores reportes se ha puesto como un cumplimiento, realmente la institución no cuenta con un programa de calidad y mejora del MIPP ( Marco Internacional para la práctica profesional de AI). La institución sí cuenta con un programa de calidad y mejora con un perspectiva de acreditación en salud, pero no enfocado al proceso de auditoría interna.

<p>Medida 86. El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:</p> <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>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria establece su Plan de Anual de Auditoría Interna PAAI el cual es ejecutado por el proceso de Auditoría Interna, el cual establece un cronograma que se enmarca en los lineamientos dados por el Manual de auditoría y por el procedimiento de auditorías internas a los sistemas integrados de gestión. En él se describe el alcance y programación de cada una de ellas. Ésta es socializada con las personas involucradas como parte de la planeación de las actividades anuales a través de los medios institucionales definidos.</p> <p>En la ejecución del procedimiento de auditorías internas a los sistemas integrados de gestión, se define desde el planear los recursos requeridos para el desarrollo de dicho ejercicio; estas necesidades son socializadas desde la citación que realiza el auditor líder al equipo auditor, y en la reunión de apertura, donde además se da a conocer el objetivo, alcance, recursos y criterios de evaluación, así como la programación y equipo participante.</p> <p>También se tienen definidos los formatos que conforman los papeles de trabajo del auditor, y de evaluación al equipo auditor y del informe final, y se ofrecen las pautas globales para la elaboración de éstos; desde el Manual de Auditoría se dan los lineamientos para que el ejercicio sea objetivo, constructivo, y oportuno, buscando el mejoramiento de la calidad a través de la evaluación de los procesos.</p> <p>Las oportunidades de mejora y/o hallazgos derivados de la auditoría, se enrutan en el modelo de mejoramiento para ser intervenidas de acuerdo con las actividades en el definidas. Se se comunica al Representante Legal, si se determina necesidad de recursos que se traducen al Plan Anual de compras pero no se hace a través del Comité sino directamente, se tienen establecidas políticas y procedimientos y los informes obedecen a normas internacionales, siendo soportados y claros. Si se realizan seguimientos a las acciones tomadas. Vale la pena mencionar que la institución avanza en la implementación de COSO III y además se prepara para ser certificada en normas internacionales de Auditoría Interna, según MIPP.</p>
<p>Medida 87. La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> <p>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>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>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>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>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.</p> <p>Dicho informe contiene por la menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas a materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno.</p> <p>H. Especificación respecto a que las Sigüientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u órgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno. Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones. Indicación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones.</p>	Si cumple	<p>La IPS Universitaria cuenta con un Plan Anual de Auditoría Interna (PAAI) ejecutado por el equipo de Auditoría Interna el cual es equivalente al Proceso de Contratación que menciona lapresente circular. Este equipo se encarga de apoyar a la dirección general en la toma de decisiones, el logro de objetivos estratégicos y agregar valor aplicando el modelo de COSO III para evaluar el Sistema de Control Interno de la institución. En el PAAI se determinan los procesos objeto de la evaluación de acuerdo con los requisitos normativos e institucionales. Éste ejercicio se lleva a cabo de acuerdo con: el Manual de auditoría y el procedimiento de auditorías internas a los sistemas integrados de gestión. Los resultados de éstos son comunicados utilizando los formatos determinados para realizar el informe, y las oportunidades de mejora y hallazgos reciben el tratamiento establecido en el Manual de mejoramiento de institucional.</p> <p>La eficacia del sistema integrado de gestión es evaluada anualmente a través del seguimiento a las acciones de mejora, resultado que es registrado en los indicadores determinados para ello.</p> <p>La actividad de auditoría interna en la IPS efectivamente evalúa la gestión de salud y contribuye a la mejora de los procesos, además de la evaluación del sistema de control Interno. La evaluación del Gobierno interno (planeación estratégica) se hace a través de las áreas de Planeación y Proyectos.</p>
<p>Medida 88. El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión 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 persona natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	Si cumple	<p>Actualmente la revisoría fiscal es una firma llamada Auren Consultores Medellín SAS, la cual lleva una vigencia realizando el trabajo de revisoría fiscal en la institución. Los honorarios pagados en el año 2019 fue de 6'545.000 mensuales y no representan mas del 3% del presupuesto de ingresos de la firma. Emite el dictamen anualmente el cual hace parte integral de los estados financieros presentados a la Asamblea general anual.</p>
<p>Medida 89. En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas para el ejercicio del proceso veedor.</p>	Si cumple	<p>Las audiencias públicas de rendición de cuentas se hace en las instancias que la Universidad de Antioquia y la Fundación de la Universidad determinen. Estas se realizan principalmente frente al Consejo Superior Universitario, el Consejo Académico y los Consejos de Facultad que así lo soliciten. En dichas rendiciones se presenta información relacionada con la gestión adelantada por la IPS Universitaria, los estados financieros y administrativos, avances y otros temas que la asamblea solicite incluir o aquellos que sean solicitados previamente por la instancia frente a la cual se vaya a realizar la rendición.</p>

<p>Medida 90. La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <p>a. Coordinación de actividades de salud pública.  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>	Si cumple	La directora general de la IPS Univeristaria es la persona designada por la Junta Directiva como la interlocutora frente a la Secretaría de Salud tanto municipal como departamental, para tratar los temas referentes a las actividades de salud pública, prestación de servicios, atención a los usuarios y demás. Adicionalmente existen otras áreas y líderes técnicos con constante relacionamiento con dichos organismos como son el área de Vigilancia de Salud Pública y Control de Infecciones, Referencia y Contrareferencia, entre otros.
<p>Medida 91. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:</p> <p>a. Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud.  b. Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.</p>	No cumple	La institución no realiza de manera anual convocatorias dirigidas a expertos en medicina, salud pública y epidemiología respecto a temas académicos y los indicadores de impacto de sus programas, aunque la institución si participa de los espacios técnicos a los cuales es convocada tanto la secretaria de salud municipal y departamental para hablar de temas como vigilancia y control de infecciones y otros asuntos referentes a la salud pública.
<p>Medida 92. La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.</p>	Si cumple	Periodicamente se presenta la información a la superintendencia de acuerdo a los distintos cortes que el ente de control solicita. Circular 016, 049, 014, 015 etc.
<p>Medida 93. La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.</p>	Si cumple	Se cuenta con una matriz de suficiencia de talento humano, que se rige por el Sistema Único de Habilitación en lo referente al talento humano. Este cuenta con: oferta, riesgos, demanda y capacidad instalada y oportunidad en la atención. De acuerdo a esta matriz se establece la cantidad de personal requerido tanto para médicos generales como especialistas. Existe un perfil de médico especialista que es general que contempla manual de funciones y perfiles. Este documento se encuentra disponible en Calipsu. A las empresas aliadas a través de las cuales se gestiona la prestación de estos servicios, se les entregan los requerimientos para los cargos y las especificaciones que se deben cumplir desde Habilitación. El documento fue aprobado por la coordinación y la gerencia administrativa, no por junta directiva porque no somos institución pública.
<p>Medida 94. La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	Si cumple	Aunque no se cuenta con una política aprobada por la junta directiva, la IPS Universitaria definió un reglamento de contratación que define los lineamientos y principios que rigen los mismos en la institución. También define la modalidades y cuantías. También se tiene un procedimiento para todo lo que es contratación y adquisición de bienes y servicios, documentos disponibles en el repositorio de documentación institucional llamado Calipsu. Todo esto se deriva de una política estratégica de gobernanza y un Comité de Compras que vela por el cumplimiento de un proceso de compras alineado con las directrices institucionales.
<p>Medida 95. La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:</p> <p>a. Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información.  b. La información que se debe revelar.  c. La forma como se debe revelar esa información.  d. A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stake holders).  e. En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de  f. 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.  g. Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada.  h. 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>	No cumple	Se ha documentado una política de revelación de información, está en proceso de revisión y aprobación por parte de la Secretaría General y Jurídica.

<p>Medida 96. La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>El área de Auditoría Interna cuenta con un Procedimiento para la aplicación de COSO III Herramienta de evaluación del sistema de control interno PC-AI 5626. Ruta: Calipsu/documentación/16.Auditoria/. El cual tiene como objetivo aplicar la metodología de COSO III para desarrollar, mantener y evaluar el sistema de control interno. La metodología consta de 5 componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entorno de control</li> <li>2. Evaluación de riesgos</li> <li>3. Actividades de control</li> <li>4. Información y comunicación</li> <li>5. Supervisión y monitoreo</li> </ol> <p>Dentro del componente de Información y Comunicación se incluyen los principios 13, 14 y 15</p> <p>Principio 13. La institución obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del sistema de control interno</p> <p>Principio 14. La organización comunica información internamente, incluyendo objetivos y responsabilidades sobre el control interno, necesarios para apoyar funcionamiento del control interno.</p> <p>Principio 15. La organización se comunica con grupos externos con respecto a situaciones que afectan el funcionamiento del control interno.</p> <p>La metodología sugiere realizar un diagnóstico de madurez del sistema de control interno cada 5 años y una revisión periódica cada 2 años.</p> <p>Finalmente se cumple con todos los criterios de la medida, los cuales son verificables en el Manual de Auditoría interna y procedimiento PAAI, Manual del Sistema de Control Interno y Procedimiento de Auditorías Externas, Planes de mejoramiento concertados con la Revisoría Fiscal, con sus respectivos despliegues y resultados.</p>
<p>Medida 97. La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, Útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Información de la entidad</li> <li>- Información sobre los miembros o propietarios</li> <li>- Información sobre la administración</li> <li>- Información sobre los órganos de control</li> <li>- Información sobre los usuarios</li> </ul>	<p>Si cumple</p>	<p>La Institución cuenta con su página web <a href="http://www.ipsuniversitaria.com.co">www.ipsuniversitaria.com.co</a> . La información relacionada se encuentra en la navegación del sitio y en los informes de gestión publicados. Además la institución se encuentra próxima a implementar el ITA - Índice de Transparencia y Acceso a la Información.</p>
<p>Medida 98. La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Servicios habilitados y en operación.</li> <li>Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados.</li> <li>Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud.</li> <li>Información sobre el recurso humano de la institución.</li> <li>Actividades de promoción y prevención de la salud.</li> <li>Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.</li> </ol>	<p>Si cumple</p>	<p>La página web de la institución cuenta con la información sobre las actividades y resultados en salud descritas en el numeral, excepto el numeral (g) relacionado con las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador y las principales estadísticas descriptivas en cada uno, esta información se encuentra en los contratos comerciales que se tienen con cada asegurador y que por política comercial y de relacionamiento no se alojan en el sitio web. El resto de la información aparece en la navegación del sitio y en los informes de gestión publicados.</p>
<p>Medida 99. La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>En el portal WEB de la institución se encuentra la información financiera de los últimos 5 años como lo son: Estados financieros, revelaciones, informe de gestión, dictamen.</p>
<p>Medida 100. La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio. Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución genera de manera anual un informe de gestión para todos los grupos de interés presentando la principales resultados de la gestión del año anterior. Este informe es aprobado por la Junta Directiva de la Institución y la Revisoría Fiscal. Posteriormente es publicado en la página web de la institución <a href="http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/nuestro_hospital/informes-de-gestion">www.ipsuniversitaria.com.co/es/nuestro_hospital/informes-de-gestion</a></p> <p>Por otra parte, la Dirección General presenta cada año ante la Junta Directiva y la Asamblea de Corporados un informe específico de la gestión de alta dirección en materia de gestión financiera, gestión de temas misionales (prestación de servicios, docencia e investigación) y el desarrollo institucional en general.</p> <p>Por otra parte, a instancias de la Revisoría Fiscal, se presenta anualmente un informe completo de revisión de la gestión empresarial, con el dictamen correspondiente sobre la transparencia de los resultados administrativos y financieros.</p>
<p>Medida 101. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estructura de la propiedad de la entidad a Grupo Empresarial.</li> <li>Estructura de la administración de la entidad a Grupo Empresarial.</li> <li>Operaciones con partes vinculadas</li> <li>Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial.</li> </ol>	<p>No aplica</p>	<p>Respecto a la estructura del Informe de Gestión de la institución, lo mencionado en la medida no aplica puesto que no somos parte de un grupo empresarial.</p>

<p>Medida 102. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.</p>	Si cumple	<p>Anualmente se presenta el dictamen ante la Asamblea general, detallando los énfasis que persisten y los subsanados. Además se entrega el informe de auditoría de cierre en el cual el área de auditoría interna realiza los respectivos seguimientos.</p>
<p>Medida 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.</p>	Si cumple	<p>En las revelaciones a los estados financieros se detallan las operaciones recíprocas o con entidades vinculadas, donde se justifican el comportamiento financiero comparativo con el año anterior las principales variables de relacionamiento.</p>
<p>Medida 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.</p>	No aplica	<p>No somos grupo empresarial</p>
<p>Medida 105. La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con 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. 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. 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. 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>	Si cumple	<p>La institución ha recogido la totalidad del espíritu de esta medida en las diferentes versiones del Código de Ética y Buen Gobierno (la versión 3 en 2021), las políticas complementarias en materia de Prevención de Corrupción, Fraude y Soborno y la de Identificación y Manejo del Conflicto de Interés. Más recientemente la promulgación de un Decálogo de Buen Gobierno, destinado en primera instancia a quienes hacen vivencial el quehacer de la institución.</p>
<p>Medida 106. Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes órdenes temáticos:  a) Principios éticos y valores institucionales  b) Código de integridad que reúna valores como la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la Justicia.  c) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la Entidad.  d) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno.  e) Tratamiento a las actuaciones ilegales o sospechosas.  f) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones.  g) Principios de responsabilidad social empresarial.  h) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.  i) Establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.  En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen."</p>	Si cumple	<p>En la versión 03 del Código de ética y buen gobierno aprobado por la Junta Directiva en el primer semestre de 2021, se incluyó:  - Los principios y valores institucionales en los cuales se recogen implícita y explícitamente los propuestos en los numerales a y b.  - En el punto 8. se encuentran las "Medidas para promover y garantizar un relacionamiento institucional ético" con los grupos de interés.  - En las Disposiciones especiales aparecen las Prácticas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno, lineadas con la Política de Anticorrupción y Antisoborno publicada en 2018.  - También, en Disposiciones especiales aparece las "Consecuencias del incumplimiento de las disposiciones del Código".  _ En el punto sobre "Prácticas institucionales relacionadas con el conflicto de interés" se brindan unos lineamientos básicos, puesto que la institución cuenta con un procedimiento para la gestión de los conflictos de interés el cual incluye el manejo de regalos e invitaciones.  Aunque no se menciona explícitamente los mecanismos de divulgación y difusión, la institución da a conocer los lineamientos de conducta a través de la inducción, reinducciones, capacitaciones virtuales a colaboradores y proveedores, campañas internas, etc. Adicionalmente el Código de Ética y Buen Gobierno está disponible en la página web institucional y en la intranet corporativa y para mayor facilidad y accesibilidad recientemente se definió un</p>
<p>Medida 107. Los lineamientos de Conducta establecen pautas. De comportamiento relacionadas con:  a. La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés.  b. El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.  c. La importancia de colaborar con las autoridades.  d. El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</p>	Si cumple	<p>Los lineamientos para ética y el buen gobierno contemplan las medidas mencionadas en este punto. Adicionalmente, la IPS ha realizado, en los dos últimos años, un desarrollo explícito de políticas y procedimientos para redundar en el enfoque que guían estas prácticas en la institución.</p>

Medida 108. Otras prácticas adicionales.

Si cumple

Otras prácticas de gobierno organizacional y de buena conducta previstas en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Institución son las medidas relacionadas con el Consentimiento Informado, Eutanasia, Voluntades Anticipadas, Medidas para el Gobierno y Gestión del Talento Humano, medidas para promover y garantizar la ética en la relación docencia-servicio al igual que la ética en la innovación e investigación, adicionalmente se contemplan medidas para la promoción de una cultura organizacional que fortalezca la ética y el buen gobierno. Otras disposiciones especiales contempladas en el código son las que tienen que ver con la normatividad para prevenir LA/FT y el modelo de supervisión basado en riesgos. Por último el código establece la estructura asesora y consultiva para la gestión ética de sus procesos en tres instancias: el comité de ética hospitalaria, el comité de ética en la investigación y el comité institucional de ética y buen gobierno.

Por otra parte, la institución, como suscriptora del Pacto Global de las Naciones Unidas, rinde cada año un informe de progreso y sostenibilidad, donde todos estos temas son objeto de conocimiento público a nivel internacional (página de Pacto Global). Por último la institución rindió también a la Procuraduría Nacional un informe sobre nuestro índice de transparencia.