

Informe Bienal Hospital Alma Máter de Antioquia Circular 00003 Supersalud 2022

Medidas	Cumpl	Respuesta 2022
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 respecto de otros.	Si cumple	La institución cuenta con una reciente reforma a los estatutos, documento que en su artículo 12 menciona que los miembros del máximo órgano corresponden a las personas jurídicas que suscribieron el acta de constitución de la institución. Estas son la Universidad de Antioquia y la Fundación Universidad de Antioquia. Ambas gozan de iguales derechos en calidad de miembros corporados.
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 Máximo Órgano 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 Máximo Órgano 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.
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	No cuenta con reglamento propiamente sino con unos estatutos que mencionan los parámetros bajo los cuales sesiona y sus funciones.
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 institución solo está conformada por el rector de la Universidad de Antioquia y el director ejecutivo de la Fundación de la Universidad.
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 15 de la institución, la convocatoria a las reuniones ordinarias o extraordinarias de la asamblea general, deben realizarse con 5 días hábiles de anticipación sin contar con el día de la convocatoria.
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 16, 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 15 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>Si cumple</p>	<p>Según los estatutos de la organización en el punto 6 del artículo 15, "los miembros podrán hacerse representar en las reuniones de la Asamblea mediante la suscripción del modelo estándar de representación adoptado por la entidad".</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>Tanto el director de la institución, como los miembros de la Junta que participan en los diferente comités deben presentar los informes y demás información que sea solicita por la Asamblea General. Esto hace parte de las funciones de la dirección general y en el caso de los comités de Junta en sus respectivas actas de conformación, se encuentra descrito como responsabilidad de las mismas.</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>Si cumple</p>	<p>Aunque la asamblea no cuenta con reglamento propio, en los estatutos de la organización, en el artículo 16 de dicho documento se describen estas funciones.</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 admiriistración, 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 piiblica, clara y transparente, y permite determinar llineas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisiOn, 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>Si cumple</p>	<p>En el reglamento de la Junta Directiva, en el capítulo VI "Conflicto de intereses frente a los miembros de la Junta Directiva" se define que "las controversias que se generen como consecuencia de la configuración de conflictos de interés se resolverán a través de la Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición".</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>En los estatutos de la corporación, en su artículo 20 se contemplan los ítems mencionados en esta medida.</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>En los estatutos de la corporación, en su artículo 20 se contemplan los ítems mencionados en esta medida.</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>Si cumple</p>	<p>Aunque no aparecen de manera explícita todos los puntos mencionados en esta medida, como funciones de la Junta Directiva en su reglamento, sí se establece la creación del Comité de Riesgos como apoyo a la gestión de la Junta. En el reglamento aparecen de manera explícita la aprobación de: la política de riesgos; del Código de Ética y Buen Gobierno y el nombramiento del comité de Riesgos. En el capítulo III del reglamento, respecto a la creación de los comités de junta, específicamente en las reglas de obligatorio cumplimiento de dichos comités, en el numeral D. se especifica que las funciones de los mismos se debe contemplar lo definido por la circular 000003 de 2018 de la Superintendencia de Salud y otras como la 20211700000004-5, 20211700000005-5 de 2021 y la 20221500000053-5 de 2022.</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>De acuerdo a los estatutos de la organización la Junta está formada por 5 miembros, tres provenientes de los miembros corporados y dos externos.</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>Es por libre escogencia del nominador, en este caso la Asamblea de Corporados.</p>
<p>Medida 21. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de aceptación, entendiéndose 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>Si cumple</p>	<p>Las personas designados firman una carta de aceptación al momento del nombramiento como miembro de la Junta Directiva. La actual Junta fue nombrada el 25 de abril de 2022.</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>En el artículo 17 de los estatutos se especifica la conformación de la Junta, la cual estará constituida por 5 miembros, ad-honorem, designados por la asamblea general de los cuales dos serán externos a los miembros corporados. En este caso son dos los miembros 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>Si cumple</p>	<p>Según el artículo 17 de los estatutos de la institución, la junta directiva estará constituida por 5 miembros ad-honorem, designados por la Asamblea General de los cuales dos serán externos a los miembros corporados y otros tres en representación de la Universidad de Antioquia y la Fundación Universidad de Antioquia.</p>
<p>Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Según el artículo 17 de los estatutos, la junta está conformado por 5 miembros, dos de ellos externos a los miembros corporados. Ninguno de ellos es director ejecutivo. La dirección general del Hospital participa en calidad de invitado con voz pero sin 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:</p> <p>a. Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.</p> <p>b. Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación.</p> <p>c. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	Si cumple	La institución cuenta con un protocolo para la gestión de conflictos de interés disponible en la plataforma Calipsu. En el capítulo de generalidades, la institución define qué entiende por conflicto de interés, tipifica las diferentes clases de conflicto, las describe y menciona a quienes se extiende la obligación de declaración. Este documento menciona las etapas del protocolo contemplando su identificación, declaración, análisis y reporte. Este protocolo aplicó para los miembros de la reciente junta.
<p>Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes. 	Si cumple	La Junta Directiva, según el artículo 17 de los estatutos, está conformada por cinco miembros, ad-honorem, designados por la Asamblea General, dos de ellos externos a los miembros corporados.
<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:</p> <p>a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.</p> <p>i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.</p> <p>b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	Si cumple	Si existe un procedimiento para la elección de los miembros de junta, más no se encuentra documentado en su paso a paso.
<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>	Si cumple	Aunque la Junta no cuenta con un procedimiento interno para evaluación de incompatibilidades, le delega esta actividad como función al Comité de Gobierno Organizacional. En su acta de conformación define que una de sus funciones es evaluar el cumplimiento de los requisitos de los aspirantes a la Junta. Adicionalmente, para los futuros miembros de junta aplica también el protocolo para la Gestión de Conflictos de Interés.
<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 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>	Si cumple	Dentro de las funciones del Comité de Gobierno Organizacional, en el numeral L aparece: "Evaluar el cumplimiento de los requisitos de los aspirantes a ser miembros de la Junta Directiva y presentar su concepto a la Asamblea General".
<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>	Si cumple	En el reglamento de la Junta Directiva, específicamente en el capítulo IV sobre las funciones del presidente de la Junta Directiva, aparece que este debe apoyar, en caso de solicitarlo la Asamblea General, el proceso de selección para la conformación de la Junta. Adicionalmente, en el acta de conformación del Comité de Gobierno Organizacional, en el numeral L de sus funciones, aparece la evaluación del cumplimiento de los requisitos de los aspirantes a ser miembros de la junta directiva para presentar su concepto a la Asamblea General.
<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>	Si cumple	Al ser parte de la Junta Directiva, los miembros de Junta, según el Reglamento del mismo órgano, están obligados al cumplimiento de los contenidos de los estatutos, el Código de Ética y Buen Gobierno y al reglamento. Dentro de sus deberes, el numeral 2 reza: Ejercer sus funciones con diligencia y cuidado, confidencialidad, buena fe, unidad de dirección, lealtad y siempre enfocado en el interés del Hospital.
<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>	Si cumple	La Junta Directiva constituyó su reglamento desde el 26 de septiembre de 2022. En este describe las funciones, derechos y deberes de las directivas.
<p>Medida 33. El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.</p>	Si cumple	En el reglamento de la Junta Directiva, Capítulo IV en las funciones del Presidente, el numeral 2 define que hace parte de sus responsabilidades "Coordinar y planificar el funcionamiento de la Junta Directiva mediante el establecimiento de un Plan de Trabajo basado en las funciones asignadas, el cual será puesto en consideración de sus miembros."
<p>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.</p>	Si cumple	La junta Directiva de la institución según el artículo 18 de los estatutos institucionales, sesiona de manera ordinaria una vez al mes.
<p>Medida 35. El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.</p>	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. Esto está contemplado en las funciones del presidente de la Junta en el capítulo IV del reglamento.
<p>Medida 36. Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.</p>	Si cumple	En su reglamento interno, Capítulo V "Autoevaluación de la Junta Directiva", se especifica que la Junta de manera anualizada, autoevaluará su gestión y eficacia en tono al Plan Estratégico y el Plan Operativo de la Corporación, la de sus comités, así como la de sus miembros considerados de manera individual, incluyendo la evaluación por pares. Entre los aspectos a tener en cuenta están la evaluación de sus tareas, su contribución a la definición de estrategias, la sujeción de sus actuaciones respecto al Código de Ética y Buen Gobierno, su participación en
<p>Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.</p>	Si cumple	Con la aprobación del plan de desarrollo estratégico de la institución 2017-2026 la Junta Directiva aprobó para el Hospital Alma Mater de Antioquia 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.

<p>Medida 38. La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.</p>	Si cumple	En el capítulo III del Reglamento de la Junta Directiva se constituyen los siguientes comités: 1. Comité financiero y de contraloría interna; 2. Comité de gobierno organizacional; 3. Comité de riesgos; 4. Comité de ética y buen gobierno y 5. Comité de mejoramiento de la calidad.
<p>Medida 39. Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.</p>	Si cumple	Los comités de Junta fueron creados como comités normativos, cada uno con su acta de conformación en la cual se explica quiénes hacen parte de dichos comités, invitados permanentes, funciones, indicadores, periodicidad de reuniones, etc. Estos comités deben dejar actas de los temas tratados, decisiones y compromisos.
<p>Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Así mismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.</p>	Si cumple	Los miembros de los comités son definidos en cada uno de sus actas de conformación según las instrucciones normativas que le aplican. Estas actas fueron revisadas y firmadas por un miembro de junta directiva.
<p>Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.</p>	Si cumple	Las actas de conformación de los comités en mención definen tienen definidos encuentros trimestrales como la periodicidad de sus reuniones.
<p>Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.</p>	Si cumple	En todas las actas de conformación de cada uno de los comités participan tres miembros de junta, excepto en el Comité de Riesgos con participación de un solo miembro de junta y el Comité de Mejoramiento con dos.
<p>Medida 43. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.</p>	Si cumple	En el reglamento de Junta se define la creación de un Comité de Mejoramiento cuyo objetivo, según acta de conformación es "estructurar y aprobar las políticas que permitan asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes (...) realizar el monitoreo, control y seguimiento en la implementación de los planes de acción y oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento (...)".
<p>Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. 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.</p>	Si cumple	En el reglamento de Junta se define la creación de un Comité financiero y de contraloría interna. Según su acta de conformación, en él participan tres miembros de junta directiva y un experto externo y su objetivo es apoyar la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan (...); analizar las salvedades generadas por el revisor fiscal y revisar periódicamente la arquitectura de control de la entidad.
<p>Medida 45. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. 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. 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. Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios. Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad. 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. 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. 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. 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. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones. 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. 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. 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>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	Si cumple	Para la creación de este comité fueron tenidas en cuenta todas las funciones presentadas por la Circular externa, por tanto, en el acta de conformación del Comité aparecen todas las funciones mencionadas en esta medida.

<p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Este comité se crea a partir del 26 de septiembre del 2022. Según su acta de conformación se cumple con lo indicado en la medida.</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>Si cumple</p>	<p>Este comité se crea a partir del 26 de septiembre del 2022. Según su acta de conformación se cumple con lo indicado en la medida.</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> <ol style="list-style-type: none"> 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. Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo. 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. Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial. Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior. Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. 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. Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica. 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. Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus l. principales directivos y personal asistencial. 	<p>Si cumple</p>	<p>Para la creación de este comité fueron tenidas en cuenta todas las funciones presentadas por la Circular externa, por tanto, en el acta de conformación del Comité aparecen todas lo mencionado en esta medida.</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 actuaria o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. 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>Según el capítulo III Comités de la Junta Directiva, del reglamento de la Junta, se crea el Comité de Riesgos, el cual, en su acta de conformación contempla la participación de dichos perfiles como parte del comité.</p>
<p>Medida 50. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS. Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia. Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente. Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.). 	<p>Si cumple</p>	<p>Para la creación de este comité fueron tenidas en cuenta todas las funciones presentadas por la Circular externa, por tanto, en el acta de conformación del Comité aparecen todas lo mencionado en esta medida.</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"> • El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing). • Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. • Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.” 	<p>Si cumple</p>	<p>Para la creación de este comité fueron tenidas en cuenta todas las funciones presentadas por la Circular externa, por tanto, en el acta de conformación del Comité aparecen todas lo mencionado en esta medida.</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>Si cumple</p>	<p>Este comité se crea a partir del 26 de septiembre del 2022. Según su acta de conformación se cumple con lo indicado en la medida.</p>
<p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <p>a. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.</p> <p>b. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.</p> <p>c. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.</p> <p>d. Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>En el acta de conformación de dicho comité aparecen las funciones propuestas por la medida.</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>	<p>Si cumple</p>	<p>Para el caso de la institución, esta instancia se llama Comité de Ética y Buen Gobierno. Dentro de sus funciones está el definir las políticas mencionadas en la medida. Estas políticas se encuentran en el Código de Transparencia Institucional, específicamente las Políticas Anticorrupción, Antifraude, Antisoborno y Antilavado de activos y Antifinanciación del terrorismo. Este código fue aprobado por la Junta Directiva el 26 de febrero de 2021. Vale la pena mencionar que 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 llamado "Disposiciones generales" el cual contempla una serie de prácticas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno.</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>	<p>Si cumple</p>	<p>Se diseñó una primera versión del Plan de Anticorrupción para la institución, 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 institución 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. 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 institución. 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 de funciones públicas.</p> <p>b. Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>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 SGGSS.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Dentro del acta de conformación de este comité aparece lo expuesto por la medida como parte de las funciones del Comité, específicamente en el numeral L.</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>	<p>Si cumple</p>	<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>	<p>Si cumple</p>	<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 SGGSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Respecto al ambiente de control, la institución 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 institución 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>Actualmente la institución se encuentra en actualización del enfoque del Sistema de Gestión Integral del Riesgo con sus diferentes Subsistemas de acuerdo a la circular CIRCULAR EXTERNA 2021170000004-5 de la supersalud que comprende los siguientes subsistemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo en Salud 2. Riesgo Operacional 3. Riesgo Actuarial 4. Riesgo de Crédito 5. Riesgo de Liquidez 6. Riesgo de Mercado de Capitales 7. Riesgo de Grupo 8. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo <p>Dada la estructura del Sistema de Gestión de Riesgos de la Institución se están trabajando los siguientes frentes alineados a la normativa de la Supersalud:</p> <p>La Gestión de Riesgos en Procesos tiene un alcance dirigido a todos los procesos, subprocesos, líneas de trabajo y servicios habilitados de la institución, donde se identifican y gestionan aquellos riesgos relacionados con el diseño inapropiado de los procesos, la inoportunidad de actividades claves, la omisión del desarrollo de actividades o puntos de control, o la realización de las mismas de manera inadecuada.</p> <p>La Gestión de Riesgos Operativos, contempla los riesgos propios derivados de la operación, como los riesgos en salud de la población usuaria; los riesgos de obsolescencia tecnológica; el riesgo de no contar con Información institucional disponible, confiable e Integral que permita soportar los procesos y la toma de decisiones; el riesgo de no contar con la infraestructura adecuada para la gestión clínica; los riesgos, aspectos e impactos ambientales; los riesgos y peligros laborales; riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo (LA/FT), fraude, corrupción, opacidad y soborno (SICOFs) ; financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM); riesgos en procesos judiciales y administrativos; los riesgos contractuales; riesgos de crédito y riesgos de no contar con suministro de consumibles, bienes y servicios críticos para la Institución.</p> <p>Riesgos Estratégicos: Contempla aquellos riesgos que pueden afectar la sostenibilidad de la institución: Liquidez, Crédito, Actuarial, Fallas del Mercado de Salud, Mercado de Capitales, Incumplimiento al Plan Estratégico, Incumplimiento a los compromisos con los grupos de interés, Riesgo Reputacional.</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 plan 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>	<p>Si cumple</p>	<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 o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionada con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p>	<p>Si cumple</p>	<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 o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	<p>Si cumple</p>	<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 institución.</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>	<p>Si cumple</p>	<p>En la nota 32 de las Revelaciones en los Estados Financieros del periodo 2020-2021 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>	<p>Si cumple</p>	<p>La Institución 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"> • Solución de seguridad perimetral: brinda la seguridad y confidencialidad desde y hacia el exterior de la institución. • Solución antivirus: brinda la seguridad y confidencialidad de la información interior de la institución. • Solución de “Directorio Activo”: garantiza el acceso autorizado y controlado a la información de la institución. <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 institución 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>	<p>Si cumple</p>	<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, 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); se cuenta además con con política de manejo de la información.</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"> Canales de comunicación. Responsables de su manejo. Requisitos de la información que se divulga. Frecuencia de la comunicación. Responsables. Destinatarios. Controles al proceso de comunicación. <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>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución 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>	<p>Si cumple</p>	<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 institución. 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>	<p>Si cumple</p>	<p>La actividad de revisión de efectividad del Control Interno ha sido realizada por la Revisoría Fiscal y para la certificación de buenas prácticas se han contratado auditorías externas, los informes que estos emiten son comunicados al proceso de Auditoría interna para su seguimiento y acompañamiento, en cumplimiento de sus funciones de consultoría.</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>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución cuenta con procesos de Auditoría interna y Gestión del Mejoramiento, Desarrollo organizacional, Direccionamiento y Planeación estratégica, cada uno de ellos establece procedimientos orientados a realizar y/o apoyar las evaluación y controles para garantizar que los servicios ofrecidos en la atención en salud, se cumplan según los requisitos institucionales, legales y normativos y con los atributos de calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.</p> <p>Adicionalmente, se cuenta con PAMEC (Programa de Auditoría para el mejoramiento de Calidad) del SOGC , PAAI (plan de auditoría interna), auditoría médica . 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>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución 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 institución 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.</p> <p>También cuenta con el modelo de atención 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. 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. La institución 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 lograr un alto nivel de desempeño organizacional.</p> <p>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 sostenibilidad 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 de 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 comité de auditoría interna se cuenta con la participación de la Dirección General, la cual puede hacer requerimientos de auditoría, para los procesos y/o situaciones sobre los cuales necesite que se verifiquen indicios de deficiencias de control interno; el coordinador de Auditoría interna hace parte del comité directivo, en el cual tiene información actualizada de toda la operación de la Institución y puede adelantar según lo considere, si debe evaluarse algún sistema, proceso o programa. Para conocer las metodologías de fraude en procesos críticos, el equipo de auditoría se actualiza con herramientas de auditoría en riesgos de fraude, identificación de banderas rojas y guías de buenas prácticas de la organización "Auditool", además la Institución cuenta con el proceso Compliance, que ha desarrollado enfoques para identificar y mitigar riesgos de opacidad, soborno y fraude, entre otros, y tiene asesoría externa sobre el riesgos de fraude, lo que ha permitido estructurar más el proceso y fortalecer el sistema integral de riesgos de la Institución.</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, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables.</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 institución 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 el 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> <p>a. Administración de proyectos de sistemas. b. Administración de la calidad. c. Adquisición de tecnología. d. Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e. Instalación y acreditación de sistemas. f. Administración de cambios. g. Administración de servicios con terceros. h. Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i. Continuidad del negocio. j. Seguridad de los sistemas. k. Capacitación y entrenamiento de usuarios. l. Administración de los datos. m. Administración de instalaciones. n. Administración de operaciones de tecnología y documentación.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>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>
<p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de:</p> <p>a. Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera. b. Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya. c. Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo. d. Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. e. Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto. f. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento. g. Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar. h. Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario. i. Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración. j. Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos. k. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente. l. Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento. m. Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máxima Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna. n. Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>La Institución definió en su reciente reforma a los Estatutos, en el artículo 15, que son parte de las funciones de la Junta Directiva, con respecto al control interno, que: debe verificar el adecuado funcionamiento del sistema de control interno, políticas de gestión de riesgos, cumplimiento e integridad de las políticas contables, conformar comités dentro de la Junta directiva, en los cuales incluye el comité Financiero y de Contraloría interna(por lo cual deberá aprobarse reglamento de junta directiva, que ya está elaborado en proceso de aprobación), Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, garantizar la independencia auditor interno , conocer los informes de control interno , supervisar e impartir las órdenes necesarias para su cumplimiento. Establecer mecanimos de evaluación formal a la gestión de los administradores , sistema de remuneración e indemnización atadas al cumplimiento de objetivos a largo plazo y niveles de riesgo. Definir y aprobar líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. En el capítulo II del Reglamento Interno de la Junta Directiva, se recogen las obligaciones que señala la circular 003 como práctica de Buen Gobierno, todas están incorporadas y aprobadas.</p>
<p>Medida 79. En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:</p> <p>a. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI. b. Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos. c. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades. d. Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI. e. Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo. f. Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. g. Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. h. Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. i. Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad. j. Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada. k. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad. l. Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. m. Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>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>

<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.</p> <p>Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>El Representante Legal , hace parte del comité de auditoría interna, tiene comunicación continua con el coordinador de auditoría interna en el comité directivo, y cuando así lo requiere, convoca al al equipo de auditoría , también se comunica 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>
<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>	<p>Si cumple</p>	<p>El organo equivalente es el Comité de Auditoría, y se acordó en el Estatuto de Auditoría, la autoridad , las responsabilidades y objetivos a cumplir por parte del proceso de Auditoría interna , adoptado del MIPP (Marco Internacional para la práctica profesional de AI), en los nuevos estatutos se incluyeron responsabilidades específicas para hacer cumplir esta medida y crear el comité de contraloría con dependencia funcional desde la Junta Directiva. En el capítulo III del Reglamento Interno de la Junta Directiva, se establecen los objetivos del Comité Financiero y de Contraloría Interna, señala que tiene la libertad para presentar los hallazgos y reportarlos, además precisa la facilidad para interactuar con la Junta Directiva sin interferencias. Omite la autorización al auditor para tener acceso a los registros para el ejercicio de su labor.</p>
<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.</p> <p>Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>Este está garantizada por el respaldo de la Junta Directiva, (ver dentro de sus funciones en los Estatutos del 19-04-2022), la Dirección General, Manual de Auditoría, Código de Ética de Auditoría Interna, adoptado del MIPP (Marco Internacional para la práctica profesional de AI)</p>
<p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	<p>Si cumple</p>	<p>El organo equivalente en este caso es la Dirección General, de quién depende funcional y administrativamente el proceso de Auditoría Interna, con la creación del comité de contraloría , que es función de la Junta Directiva, según Estatutos del 19-04-2022 , este cargo tendrá regulación de dicha instancia.</p>
<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>	<p>Si cumple</p>	<p>Todo el equipo de auditoría reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios.</p>
<p>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.</p> <p>Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	<p>No cumple</p>	<p>No se ha desarrollado el programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia, como lo estipula el IPP (Marco Internacional para la práctica profesional de AI).</p>
<p>Medida 86. El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:</p> <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>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución establece su Plan de Anual de Auditoría Interna PAAI el cual es ejecutado por el proceso de Auditoría Interna, el cual establece un cronograma, alcance, recursos, riesgos y está alineado con el Sistema integrado de riesgos de la Institución, el cual sirve como insumo principal para priorizar los procesos a auditar. El PAAI es aprobado por Comité del auditoría, del cual hace parte la Dirección General, quién apoya el proceso auditor y su independencia, provee los recursos que se requieran para desarrollar las actividades de aseguramiento y consultoría . Se cuenta con las políticas , procedimientos necesarios para ejecutar el proceso auditor, los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos, previamente revisados por el coordinador, par o equipo de auditoría interna.son fuente del mejormiento y modelo institucional</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 lo menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas o materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno.</p> <p>H. Especificación respecto a que las siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u órgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución. 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>	<p>Si cumple</p>	<p>La institución establece su Plan de Anual de Auditoría Interna PAAI el cual es ejecutado por el proceso de Auditoría Interna, el cual establece un cronograma, alcance, recursos, riesgos y está alineado con el Sistema integrado de riesgos de la Institución, el cual sirve como insumo principal para priorizar los procesos a auditar. <i>Durante la ejecución de la auditoría interna el auditor evalúa los informes de riesgos e identifica posibles riesgos del proceso y deja las respectivas recomendaciones, para que el proceso analice si están contemplados los riesgos observados por el auditor.</i> El PAAI es aprobado por Comité del auditoría, del cual hace parte la Dirección General, quién apoya el proceso auditor y su independencia, provee los recursos que se requieran para desarrollar las actividades de aseguramiento y consultoría . Se cuenta con las políticas , procedimientos necesarios para ejecutar el proceso auditor, los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos, previamente revisados por el coordinador, par o equipo de auditoría interna.son fuente del mejormiento y modelo institucional</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 Grupo Asesor en Gestión SAS, la cual lleva una vigencia de una año (iniciando en septiembre de 2021) realizando el trabajo de revisoría fiscal en la institución. Se pagan honorarios mensuales por valor de \$8,500,000 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 institución, 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.</p> <p>b. Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos.</p> <p>c. Sistema de atención al usuario.</p> <p>d. Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.</p>	Si cumple	<p>La directora general de la institución 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>
<p>Medida 91. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:</p> <p>a. Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud.</p> <p>b. Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.</p>	No cumple	<p>Aunque no se ha realizado este tipo de rendición de cuentas, dentro del reciente reglamento de la Junta Directiva se contempla como parte de las funciones del presidente de la Junta en el capítulo IV, se contempla el presidir la reunión anual ante la comunidad científica y médica para rendir cuentas académicas.</p>
<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	<p>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>
<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	<p>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>
<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	<p>Aunque no se cuenta con una política aprobada por la junta directiva, la institución 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>
<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.</p> <p>b. La información que se debe revelar.</p> <p>c. La forma como se debe revelar esa información.</p> <p>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).</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>g. Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada.</p> <p>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	<p>La política está documentada pero falta su aprobación por parte de la Secretaría General y Jurídica.</p>
<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>	Si cumple	<p>El proceso de Auditoría Interna es independiente en el desarrollo de sus actividades, así mismo la revisoría fiscal y la auditoría médica, y emiten sus informes de manera independiente, pero estos resultados confluyen en el proceso de mejoramiento de la Institución y de manera colaborativa y para economizar esfuerzos, recursos y evitar reprocesos, cada proceso es una fuente de mejoramiento, pero a su vez, son insumos para la revisión de los procesos, cuando así se requieran. Auditoría interna coadyuva al proceso de auditoría externa que realiza la revisoría fiscal, con los seguimientos a las recomendaciones que emiten para los procesos financieros, Directivos y Junta Directiva.</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"> - Información de la entidad - Información sobre los miembros o propietarios - Información sobre la administración - Información sobre los órganos de control 	Si cumple	<p>La Institución cuenta con su página web www.almamater.hospital. La información relacionada se encuentra en la navegación del sitio y en los informes de sostenibilidad publicados, disponibles en el botón Nuestro Hospital. En la misma página, en la parte inferior se encuentra un link llamado "Transparencia Hospital Alma Máter" donde se encuentra información disponible de interés para todos los grupos de interés y los entes de control y vigilancia.</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> <p>a. Servicios habilitados y en operación. b. Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. c. Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de d. proceso, así como de resultados en salud. e. información sobre el recurso humano de la institución. f. Actividades de promoción y prevención de la salud. g. Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.</p>	Si cumple	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 sostenibilidad publicados.
<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>	Si cumple	En el portal WEB de la institución se encuentra la información financiera de los últimos 5 años como lo son: Estados financieros, revelaciones, informes de sostenibilidad, dictamen.
<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>	Si cumple	<p>La institución genera de manera anual un informe de sostenibilidad para todos sus 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 https://almamater.hospital/informes-de-sostenibilidad/</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> <p>a. Estructura de la propiedad de la entidad a Grupo Empresarial. b. Estructura de la administración de la entidad a Grupo Empresarial. c. Operaciones con partes vinculadas d. Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial.</p>	No aplica	No somos grupo empresarial
<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	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. Los seguimientos a las actividades necesarias para el cierre de brechas es realizado por el área de Auditoría Interna.
<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	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>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	No somos grupo empresarial
<p>Medida 105.</p> <p>La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una IPS debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno.</p> <p>La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades. Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.</p>	Si cumple	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>Medida 106.</p> <p>Los lineamientos de conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos:</p> <p>a) Los principios éticos y valores institucionales b) Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia² c) Direccionamiento estratégico de la entidad d) Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. e) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad f) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno. g) El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas h) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones i) Principios de responsabilidad social empresarial j) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. k) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional. En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.</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 incluyen todos los ítems de la medida, excepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Código de integridad el cual, por el momento se contempla como el mismo Código de Ética y Buen Gobierno. - Las pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones está en un Protocolo para la recepción de donaciones. Documento disponible en Calipsu. - No se cuenta con principios de responsabilidad social.

<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 institución ha realizado, en los últimos años, un desarrollo explícito de políticas y procedimientos para redundar en el enfoque que guían estas prácticas en la institución.</p>
<p>Medida 108. El PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano competente.</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>
<p>Medida 109. La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>
<p>Medida 110. La entidad detallará en el PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponderá el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE. Las funciones y facultades se traducen en reglas de conducta que orienten la actuación de sus empleados, asociados, administradores y demás vinculados o partes interesadas. De esta forma, tales asignaciones constan por escrito.</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>
<p>Medida 111. La entidad realizará las siguientes acciones para poner en marcha el PTEE: a) Asumirá un compromiso dirigido a la prevención del riesgo de COF y soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta. b) Determinará las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE. c) Establecerá una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE entre los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general. La estrategia contará como mínimo con los siguientes elementos: I. La divulgación tanto en el ámbito interno y externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta. II. La puesta en marcha de mecanismos adecuados para comunicar a los asociados, administradores y empleados, de manera clara y simple, los beneficios del PTEE, así como las consecuencias de infringirlo.</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>
<p>Medida 112. La entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas.</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>
<p>Medida 113. Además de las funciones que se le asignarán a la persona encargada de la administración del PTEE, tendrá a su cargo las siguientes: a) Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE. b) Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión. c) Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces. d) Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE. e) Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno. f) Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido. g) Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE. h) Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.”</p>	No cumple	<p>El Hospital Alma Máter de Antioquia se encuentra diseñando el PTEE en cumplimiento con lo requerido por la CIRCULAR EXTERNA 202215100000053-5 DE 2022. Cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de dicha Circular, el cual se cumple en agosto de 2023.</p>