Hospital AlmaMáter

APLICACIÓN MEDIDAS CIRCULAR SUPERSALUD 0000003 DE 2018 EN EL HOSPITAL ALMA MÁTER 2026

Medidas	Estado	Descripción
Medida 1. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL De los miembros del Máximo Órgano Social . Tratamiento equitativo 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.	**Cumple**	En los Estatutos vigentes del Hospital, en artículo 12 se estipula 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. Además, en el artículo 30. Reforma a los Estatutos, establece que para realizar reformas a los estatutos de la Corporación se requiere el voto por unanimidad de los miembros de la Asamblea General. Ambas gozan de iguales derechos en calidad de miembros corporados, quienes se encuentran en las mismas condiciones para acceder a la información privilegiada, lo cual también está consagrado en los estatutos.
Medida 2. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De los miembros del Máximo Órgano Social . Deber de información general . La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vinculo 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.	**Cumple**	La Junta Directiva cuenta con cinco (5) comités que les permiten una interacción directa con el Hospital, tener comunicación continua e información relevante para el monitoreo y la toma de decisiones; además 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. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	**Cumple**	Los Estatutos vigentes de la Corporación, artículo 15 establece los parámetros bajo los cuales la Asamblea General sesionará y el artículo 16 determina las funciones de la misma. La Junta Directiva cuenta con su propio reglamento interno desde el 26 de septiembre del 2022.

Medida 4. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social. Convocatoria La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.	**Cumple**	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. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social. 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 ternas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.	**Cumple**	Los Estatutos vigentes de la institución, en el artículo 15 estableció que 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. Además, en este artículo también se menciona que esta convocatoria deberá contener el orden del día, evitando menciones genéricas.
Medida 6. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social Celebración. 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 si, hecho que deberá ser advertido.	**Cumple**	El orden del día para las reuniones de la asamblea se presenta de manera clara y organizado por temas y el desarrollo de estos debe ser cumplido durante la reunión, conforme los estipulan los Estatutos vigentes del Hospital.

Medida 7. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social Celebración. 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.	**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 vigentes, 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. En el articulo 17 de los estatutos se indica que la Junta Directiva es ad-honorem por lo tanto la Asamblea no requiere aprobar una política general de remuneración de la misma.
Medida 8. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social Representación y Asistencia. Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.	**Cumple**	Según el artículo 15 de los estatutos vigentes respecto a la Asamblea General, especifica qué personas presiden la Asamblea y define que en su ausencia pueden ser reemplazados según norma en mención.

Medida 9. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social Representación y Asistencia. 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.	**Cumple**	Los Estatutos vigentes del Hospital Alma Máter de Antioquia, incluyen en el artículo 15 este indica los parámetros por los cuales la Asamblea General sesionará y el articulo 16 consagra las funciones de la Asamblea General.
Medida 10. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL. De la Asamblea General de los miembros del Máximo Órgano Social Representación y Asistencia. El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados.	**Cumple**	El 19 de abril de 2022 se modificaron los Estatutos de la institución prestadora de servicios de salud Hospital Alma Máter de Antioquia, incluyendo en el artículo 15 y articulo 16 los parámetros de funcionamiento de la Asamblea General. Además, en el artículo 25 donde se establecen las responsabilidades del director, se incluye elaborar y presentar los informes de gestión requeridos por la Junta Directiva, la Asamblea General y los requeridos por las demás autoridades competentes.

Medida 11. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL . De las funciones del Máximo Órgano Social . 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.	**Cumple**	En los Estatutos vigentes del Hospital Alma Máter de Antioquia, se estipularon en los artículos 15 y artículo 16, todos los parámetros de funcionamiento para la Asamblea General, con los criterios requeridos en esta medida.
Medida 12. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL Conflictos de Interés. Grupos Empresariales 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.	**No Aplica**	No somos parte de Grupos Empresariales

Medida 13. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL Conflictos de Interés. Grupos Empresariales. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno – Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia – los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.	**No Aplica**	No somos parte de Grupos Empresariales
Medida 14. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL . Conflictos de Interés. Grupos Empresariales. 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.	**No Aplica**	No somos parte de Grupos Empresariales
Medida 15. MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL . Conflictos de Interés. Resolución de controversias Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.	**Cumple**	En el reglamento vigente de la Junta Directiva, capítulo VI se regula todo lo concerniente al "Conflicto de intereses frente a los miembros de la Junta Directiva" y 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".
Medida 16. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Junta Directiva u órgano equivalente . 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.	**No Aplica**	No somos Caja de Compensación Familiar

Medida 17. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente .Responsabilidades. Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes: a. Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. b. Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. c. Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. d. Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. e. Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. f. Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. g. Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. h. Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo al análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. i. Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. j. Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. k. Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva.	**Cumple**	En los Estatutos vigentes del Hospital se estable en los artículos 11 y 20, la organización y administración del patrimonio, y las funciones de la junta directiva, que dan cumplimiento a los ítems mencionados en esta medida.

l. Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. m. La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. n. Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. o. La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers". p. Identificar las Partes Vinculadas. q. Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia. 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.		
Medida 18. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Junta Directiva u órgano equivalente . Responsabilidades. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: a. Política de inversiones en activos de la entidad. b. Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. c. Transacciones con bienes inmobiliarios. d. Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. 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.	**Cumple**	En los Estatutos vigentes del Hospital, en el artículo 20 contemplan los ítems mencionados en esta medida, como lo es aprobar la política de inversiones en activos de la entidad, políticas de tarifas, inversiones, planeación financiera de la Institución , aprobación de presupuesto anual, gestión riesgos , políticas de información y comunicación con los grupos de interés, conocer y administrar los conflictos de interés , conformar comités mediante reglamento, autorizar a la Dirección General la celebración de contratos para la adquisición de bienes y servicios superiores a cinco mil (5.000) SMLMV, aprobar la política para realizar denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de directivos de la junta y empleados del Hospital; aprobar la política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva.

Medida 18.1. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Junta Directiva u órgano equivalente . Responsabilidades. Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces. a)Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad. b)Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones. c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno. el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. d)Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad. e)Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios. f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos. g)Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente. h)Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las	**Cumple**	En los Estatutos vigentes de la Institución, artículo 20 se estipula que la Junta debe, entre otras, velar por la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, lo cual abarca la aprobación de 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. Estas directrices se han implementado y desplegado en el Hospital, además de aprobar los recursos humanos y tecnológicos para su consecución, y se han documentado en otros enfoques, que están en funcionamiento, como el MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO, lo cual está alineado con los criterios contenidos en esta medida.

características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad. i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen. j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo. k)Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique. l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable. m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.		
Medida 19. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación. Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.	**Cumple**	De acuerdo con los Estatutos de la corporación (De abril de 2022), en el artículo 17 se establece que la Junta Directiva estará constituida por cinco miembros, ad-honorem, designados por la Asamblea General de los cuales dos serán externos a los miembros corporados por un periodo de tres años prorrogables de acuerdo con la valoración de que su gestión haga la asamblea general.

Medida 20. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación. 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.	**Cumple**	Los Estatutos vigentes del Hospital Alma Máter de Antioquia indica en su artículo 17 la conformación de la Junta Directiva, la cual es elegida por la Asamblea General.
Medida 21. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.	**Cumple**	Cada miembro de la Junta Directiva cuenta con la Carta de Aceptación, la cual cumple con los requisitos establecidos en esta medida. Al aceptar ser parte de la Junta, debe acogerse al reglamento y los estatutos de la institución. El reglamento, en el Capítulo II define las funciones de los miembros de la Junta, sus derechos y deberes. En el capítulo V se describe cómo es su proceso de autoevaluación en el capítulo VI la declaración y manejo de conflictos de interés.

Medida 22. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Conformación. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema: a. Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado. b. Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro a grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva. c. Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.	**Cumple**	En el artículo 17 de los Estatutos vigentes del Hospital, 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.
Medida 23. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Conformación. 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.	**Cumple**	Según el artículo 17 de los estatutos vigentes 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.
Medida 24. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación . En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.	**Cumple**	Según el artículo 17 de los estatutos vigentes del Hospital, 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.

Medida 25.ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Conformación. Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes: a. Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. b. Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación. c. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.	**Cumple**	Los Estatutos vigentes del Hospital Alma Máter de Antioquia, incluyen en su artículo 17 la conformación de la Junta Directiva, dando cumplimiento a esta medida. De igual forma en el Reglamento vigente de Junta Directiva, se contempla en los derechos de los miembros la garantía de su independencia. Así mismo, la Carta de Aceptación para los miembros independientes incluye la declaración de independencia.
Medida 26. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación. Si la Junta Directiva se compone de: - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.	**Cumple**	La Junta Directiva, según el artículo 17 de los estatutos vigentes del Hospital, está conformada por cinco miembros, ad-honorem, designados por la Asamblea General, dos de ellos externos a los miembros corporados.

Medida 27. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Conformación. La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos: a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva. i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.	**Cumple**	Se cuenta con enfoque definido. El hospital incluye en el acta de conformación del Comité de Gobierno Organizacional la función de revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo. La Junta cuenta con miembros que poseen perfiles profesionales con amplia experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros; además, cuenta con el tiempo y la dedicación que les exige el desempeño de sus funciones.
Medida 28. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Elección de Directores. 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.	**No Aplica**	El Hospital Alma Máter de Antioquia es una corporación de participación mixta, que se rige por el derecho privado, por tanto, el régimen de inhabilidades e incompatibilidades de carácter legal no aplica debido a que no es institución pública. No obstante, en el Reglamento de la Junta Directiva se definió un capítulo que indica los conflictos de interés frente a los miembros de Junta Directiva.
Medida 29. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Elección de Directores. La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el Órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.	**Cumple**	En el Preámbulo del actual Reglamento interno de la Junta Directiva del Hospital Alma Máter de Antioquia reconoce a la Junta Directiva como órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.

Medida 30. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Elección de Directores. 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.	**Cumple**	En el actual reglamento de la Junta Directiva, específicamente en el capítulo IV sobre las funciones del presidente de la Junta Directiva, estipula en el numeral 8 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, en etapa de "Ajustar" de ciclo PHVA, establece que deben evaluar el cumplimiento de requisitos de los aspirantes a ser miembros de la Junta Directiva y presentar el concepto a la Asamblea General.
Medida 31. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Reglamentos y Declaraciones. 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.	**Cumple**	En la Carta de Aceptación de cada Miembro de Junta Directiva se realizan las declaraciones pertinentes de acuerdo con lo solicitado en esta medida. Así mismo, cada Miembro firma un Acuerdo de Confidencialidad. 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 estipula: "Ejercer sus funciones con diligencia y cuidado, confidencialidad, buena fe, unidad de dirección, lealtad y siempre enfocado en el interés del Hospital".
Medida 32. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Reglamentos y Declaraciones. La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.	**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.
Medida 33. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Funcionamiento. 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	**Cumple**	En el reglamento de la Junta Directiva, Capítulo IV en las funciones del presidente, el numeral 2 se 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".

razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.		
Medida 34. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Funcionamiento. La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	**Cumple**	El artículo 18 de los Estatutos vigentes de la institución, determina que la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada mes y de forma extraordinaria cuando sea convocada.
Medida 35. ORGANOS DE ADMINISTRACION . Junta Directiva u órgano equivalente. Funcionamiento. El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	**Cumple**	La presidencia de la Junta Directiva de la institución, junto con el secretario de esta 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 de este órgano. Así mismo, en el artículo 22 de los Estatutos vigentes del Hospital se encuentra esto como una función del presidente de la Junta Directiva.
Medida 36. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Funcionamiento. 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 coma 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.	**Cumple**	En el Informe de Sostenibilidad Anual se incluyen apartados donde se evidencia el cumplimiento del funcionamiento de la Junta Directiva, dando respuesta a esta medida.

Medida 37. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Funcionamiento. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	**Cumple**	La Junta Directiva aprobó en el plan de desarrollo estratégico de la institución (2017-2026) una serie de programas y proyectos definidos a partir de una serie de estándares de calidad y objetivos estratégicos, definidos como metas a conseguir en la institución. Adicionalmente en el actual Reglamento interno de la Junta , en el preámbulo estipula "...así como hacer seguimiento a las acciones que permitan el cumplimiento", además, conforme a lo estipulado en el artículo 20 de los Estatutos vigentes del Hospital, es una de las funciones de la Junta Directiva en el numeral 2: "aprobar y supervisar la ejecución y cumplimiento de los planes y programas de la Institución" y el numeral 10 "Verificar el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno de la entidad", del cual hace parte el Sistema integrado de gestión , que su vez acoge el Sistema de garantía de la Calidad en salud, componente de Acreditación.
Medida 38. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.	**Cumple**	En el capítulo III del actual Reglamento de la Junta Directiva del Hospital, 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. Estos cuentan con sus respectivas actas de conformación y están en funcionamiento.
Medida 39. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Comités. 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 a actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.	**Cumple**	Los Comités de la Junta Directiva cuentan con el Acta de Conformación actualizada y las actas de las sesiones realizadas en el último año.

Medida 40. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Así mismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.	**Cumple**	Los miembros de los comités son definidos en cada una de sus actas de conformación según las instrucciones normativas que le aplican. Estas actas fueron revisadas y firmadas por un miembro de junta directiva, su actualización se realizó el 20 de febrero del 2024; y la fecha de creación de los comités data del 26 de septiembre del 2022, con excepción del Comité de Ética y Buen Gobierno, constituido el 23 de abril de 2018.
Medida 41. ORGANOS DE ADMINISTRACION . Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	**Cumple**	Las actas de conformación de los comités en mención definen las reuniones trimestrales, como la periodicidad de estas.
Medida 42. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	**Cumple**	La conformación de los comités de Junta Directiva cumple con los integrantes solicitados en las medidas respectivas de cada comité.
Medida 43. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.	**Cumple**	En el reglamento vigente de la Junta Directiva del Hospital , se estableció 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 , así mismo integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional, 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 , y realizar seguimiento al PAMEC del Hospital".

Medida 44. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Comité de Contraloría Interna 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.	**Cumple**	En el actual reglamento de Junta Directiva del Hospital, se define la creación de un Comité financiero y de Contraloría interna. Según su acta de conformación, participan dos miembros de junta directiva y un experto externo. 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.
Medida 45. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos: a. Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. b. Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. c. Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. d. Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI,	**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.

incluyendo la gestión de riesgos. e. Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre a custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas. f. Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios. g. Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad. h. Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones. i. Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no solo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos. j. Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad. k. Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones. l. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. m. Solicitar los informes que considere		

convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. n. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones. o. Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado. p. 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. q. Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir varios aspectos. i. Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad. ii. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos. iii. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna. iv. Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión. v. Las observaciones formuladas por los Órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso. vi. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por la misma, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento a		

área. vii. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno.		
Medida 46. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Comités. Comité de Contraloría Interna En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.	**Cumple**	El Comité Financiero y de Contraloría Interna cuenta con directores independientes, conforme lo estipula esta medida, lo cual consta en la actual acta de conformación.
Medida 47. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Comité de Gobierno Organizacional. Comités. 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	**Cumple**	La Junta directiva creó el Comité de Gobierno organizacional, mediante Reglamento de Junta; y fueron tenidas todas las funciones de esta medida , lo cual consta en acta de conformación , el cual cuenta con un número impar de miembros y se incluyó dentro de la funciones la de apoyar a la Junta Directiva en la definición de políticas y de 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, y la observación : "el Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva". Nota: La política de nombramientos y retribuciones no aplica a la Institución, dado que no corresponde a una entidad pública. La Junta Directiva ejerce sus funciones ad-honorem y no percibe remuneración alguna.

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.		
Medida 48. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas: a. Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse. b. Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo. c. Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial. d. Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial. e. Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. f. Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente	**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 lo mencionado en esta medida.

inferior. g. Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. h. Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad. i. Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica. j. Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento. k. Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencial.		
Medida 49. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités Comité de Riesgos. 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 epidemiologia, 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.	**Cumple**	El acta de conformación del Comité de Gestión del Riesgo, establece que está conformado por cuatro miembros, así: un miembro de la Junta Directiva, un profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, el cual tiene por objetivo liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.

Medida 50. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Comités. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes: a. Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. b. Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS. c. Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia. d. Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente. e. Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).	**Cumple**	El acta de conformación del Comité de Gestión del Riesgo establece las funciones estipuladas por esta medida.

Medida 50.1. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente . Comités. Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos: a) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar b)Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados. c) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. d)Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad. f) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. g)Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta	**Cumple**	En el acta de conformación del Comité de Gestión del Riesgo se establecen las funciones de este, entre las que se encuéntralas contenidas en esta medida.

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. h)Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces. i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos: • El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riegos 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.”		
Medida 51.ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente .Comités. Comité de Conducta. 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	**Cumple**	Este Comité funge como Comité de Ética y Buen Gobierno. En el acta de conformación de este se establece que sus integrantes son tres miembros de la Alta Gerencia.

la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.		
Medida 52. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: a. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. b. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. c. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. 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.	**Cumple**	En el acta de conformación del Comité de Ética y Buen Gobierno se definieron las funciones de este, entre ellas se encuentra: 1. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior del Hospital. 2. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. 3. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. 4. Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Ética y de Buen Gobierno, en lo relacionados con temas de conducta, cuando así se necesite.
Medida 53. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Comité de Conducta. El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas antisoborno y anticorrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.	**Cumple**	En el acta de conformación del Comité de Ética y Buen Gobierno se definen las funciones de este, entre ellas se encuentra construir los lineamientos de las políticas antisoborno y anticorrupción para el hospital y garantizar su divulgación de manera constante, completa y precisa.
Medida 54.ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Comité de Conducta. 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).	**Cumple**	El Hospital Alma Máter de Antioquia en cumplimiento de las Circulares externas 5-5 de 2021 y la 53 de 2022, a través del Comité de Ética y Buen Gobierno, ha definido e implementado el Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, que diseñó e implementó el Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, así como el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE. Dichos documentos contienen políticas y lineamientos para prevenir la corrupción y que orientan el actuar ético del hospital, en cumplimiento de esta medida.

Medida 55. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN. Junta Directiva u órgano equivalente. Comités. Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos: a. Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas. b. Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural. c. Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos. d. Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno. e. Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones. f. Pagas monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación). g. Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes. h. Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (coma descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos). i. Otras áreas de alto riesgo, coma contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el usa de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos a convenios, así coma las prácticas y decisiones concertadas que, directa a indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir a falsear el Juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.	**Cumple**	En el acta de conformación del Comité de Ética y Buen Gobierno del Hospital se encuentran estipuladas todas las funciones mencionadas en esta medida.

Medida 56 ÓRGANOS DE CONTROL. Principios. La entidad incluye como mínima los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada: **Autocontrol**: Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades. En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los limites por ella establecidos. **Autorregulación**: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables. **Autogestión**: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento. Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Manual del Sistema de Control Interno V02 y los Estatutos vigentes del Hospital, documentos que establecen expresamente los principios que orientan el Sistema de Control Interno. El Manual del Sistema de Control Interno V02 define como principios fundamentales del Sistema de Control Interno el autocontrol, la autorregulación y la autogestión, los cuales orientan la gestión, evaluación y mejoramiento continuo de los procesos institucionales. De igual forma, los Estatutos vigentes del Hospital incorporan estos principios como parte de los lineamientos institucionales que orientan el funcionamiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Medida 57. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (I) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Manual del Sistema de Control Interno V02, aprobado y publicado en CALIPSU, el cual adopta el Modelo Integral COSO III como marco de referencia para la gestión y evaluación del Sistema de Control Interno. El Manual del Sistema de Control Interno V02 establece la estructura institucional de control interno necesaria para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. A través de la implementación del modelo COSO III, la institución desarrolla y evalúa los componentes de Ambiente de Control, Gestión de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, Monitoreo y Evaluaciones Independientes, garantizando su integración en la gestión institucional.
Medida 58. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones: a. Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés. b. Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad. c. Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y Límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI. d. Establecer unos objetivos coherentes y	**Cumple**	La institución cumple la presente medida a través del Sistema de Control Interno basado en el modelo COSO III, específicamente mediante el componente Ambiente de Control, el Código de Ética y Buen Gobierno, el Modelo de Gestión del Talento Humano por Competencias, el Manual del Sistema de Control Interno y el Plan Estratégico Institucional 2017-2026, documentos e instrumentos que establecen los principios institucionales, lineamientos de conducta, competencias del talento humano y objetivos estratégicos que soportan el funcionamiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno. a. Determinar formalmente los principios básicos que rigen la entidad. La institución ha definido e impulsado desde la Dirección y la Junta Directiva nueve principios básicos que rigen su gestión: igualdad, calidad, integralidad, continuidad, promoción del desarrollo humano y social, responsabilidad social, participación social, libre escogencia e integración funcional, los cuales se encuentran consignados y divulgados a través del Código de Ética y Buen Gobierno. b. Establecer lineamientos de conducta. Los lineamientos éticos y de conducta aplicables a todos los miembros de la organización se encuentran formalmente establecidos en el Código de Ética y Buen Gobierno, documento que orienta las actuaciones institucionales y promueve relaciones laborales, de colaboración y de prestación de servicios en concordancia con los principios de buen gobierno y comportamiento ético. c. Adoptar procedimientos que propicien conocimientos, habilidades y conductas para el desempeño de las funciones.

realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.		El proceso de Talento Humano dispone de un Modelo de Gestión del Talento Humano por Competencias, mediante el cual se definen las competencias requeridas para los distintos cargos, considerando los componentes del saber, saber hacer y ser. Adicionalmente, el Manual del Sistema de Control Interno fortalece el ambiente de control mediante la articulación con sistemas institucionales como el SOGC, SG-SST, SGA y SGIR, contribuyendo al desarrollo de responsabilidades, competencias y prácticas orientadas al mejoramiento continuo. d. Establecer objetivos coherentes y realistas alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos. El Plan Estratégico Institucional 2017-2026 establece cinco objetivos estratégicos coherentes, medibles y alineados con la misión, visión, valores y principios institucionales, proporcionando el marco para la definición de estrategias, metas y objetivos operativos que orientan la gestión y fortalecen el Sistema de Control Interno.

Medida 59. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Gestión de riesgos. La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos: a. Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas. b. Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán coma 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. c. Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanas, entre otros), así coma sobre su credibilidad y buen nombre, en casa de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa. d. Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos. e. Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos. f. implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema a proceso y capacidad de retornar a la operación normal. g. Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.	**Cumple**	La institución cuenta con el enfoque Sistema de Gestión Integral del Riesgo y sus diferentes Subsistemas de acuerdo con la Circular Externa 20211700000004-5 de la Supersalud, el cual se encuentra documentado en el Manual del Sistema de Gestión Integral del Riesgo. a) Se cuenta con un formato para el reporte de los riesgos materializados “FR-MJ-7089 Formato registro de riesgos materializados” para los procesos administrativos y los asistenciales el reporte para el mejoramiento. b) Se tiene un módulo para la identificación, análisis, evaluación y priorización para los riesgos operativos y los estratégicos se monitorizan en el comité directivo. c) Se cuenta con el “MN-MJ-1033 Manual del sistema de gestión integral del riesgo” y PC-MJ-0474 Procedimiento para la gestión de riesgo operativos” donde se explica de manera detallada la metodología de riesgos. d) En el módulo de riesgos permite evaluar la eficacia de los controles; los cuales se dividen preventivos atacan las causas y correctivos los efectos. Estos deben cumplir con tres características documentados, periodicidad de la aplicación del control y responsable de su ejecución. e) Se cuenta con mapa de calor para cada una de las matrices de riesgos operativas y estratégicas. f) Se cuenta con “PN-MJ-7120 Plan de continuidad del negocio”. g) El informe de riesgos operativos es socializado en los equipos primarios y los estratégicos en el comité directivo, donde se presenta la matriz de riesgos y con su respectivo mapa de calor. h) Los riesgos cuyo resultado es inaceptable y alto se llevan a plan de mejoramiento. i) Se cuenta con un formato para el reporte de los riesgos materializados “FR-MJ-7089 Formato registro de riesgos materializados” conforme a las variables exigidas en la Circular Externa 20211700000004-5 j) Se realiza de forma trimestral a través del comité de riesgos. k) Los riesgos cuyo resultado es inaceptable y alto se llevan a plan de mejoramiento para su mitigación.

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. i. Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos. j. Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes 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. k. Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).		

Medida 60. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Actividades de control. La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes: a. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales coma deficiencias de control, errores en los informes financieros o en las resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios. b. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software. c. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema. d. Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información. e. Segregación de funciones. f. Acuerdos de confidencialidad. g. Procedimientos de control aleatorios. h. Difusión de las actividades de control.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida con fundamento en: a. Revisiones de alto nivel: Conforme al Manual del Sistema de Control Interno V02, la institución realiza seguimiento al direccionamiento estratégico y al Plan de Desarrollo Institucional, así como a los planes de mitigación de riesgos estratégicos, financieros, de mercado, modelo de operación y continuidad de la operación, constituyéndose en mecanismos de revisión y monitoreo por parte de la Alta Dirección para evaluar el cumplimiento de objetivos institucionales. b. Controles generales: De acuerdo con lo establecido en el Manual del Sistema de Control Interno V02, la entidad implementa controles generales sobre la administración de la tecnología de información, infraestructura tecnológica, seguridad de la información y procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de software, orientados a garantizar la continuidad y adecuada operación de los sistemas institucionales. c. Controles de aplicación: Los procesos institucionales aplican controles operativos y controles asociados a los riesgos identificados, los cuales son gestionados y monitoreados mediante el aplicativo institucional, permitiendo la trazabilidad de las acciones de control y fortaleciendo la confiabilidad de la información procesada. d. Limitaciones de acceso físico y lógico: Los controles tecnológicos descritos en el Manual del Sistema de Control Interno V02 contemplan la administración de la seguridad de la información y de la infraestructura tecnológica, contribuyendo al control de acceso a los sistemas de información de acuerdo con las necesidades institucionales. e. Segregación de funciones: La aplicación de controles operativos en cada proceso, en articulación con el Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Control Interno, favorece la definición de responsabilidades y la separación de actividades de ejecución, seguimiento y control. f. Acuerdos de confidencialidad: La gestión de la seguridad de la información contemplada dentro de los controles tecnológicos institucionales contribuye a la protección y confidencialidad de la información administrada por la entidad. g. Procedimientos de control aleatorios: La ejecución del Programa Anual de Auditoría Interna Basada en Riesgos constituye un mecanismo de verificación

		independiente que permite evaluar de manera periódica la efectividad de los controles implementados en los diferentes procesos institucionales. h. Difusión de las actividades de control: Las actividades de control se encuentran documentadas y divulgadas mediante el Manual del Sistema de Control Interno V02, el Sistema Integrado de Gestión y los instrumentos institucionales de gestión del riesgo, promoviendo el autocontrol y la cultura de mejoramiento continuo.

Medida 61.ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. 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: a. Identificar la información que se recibe y su fuente. b. Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma. c. Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes. d. Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse. e. Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuentes originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales. f. Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo. g. Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada. h. Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo. i. Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros). j. Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según	**Cumple**	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. La gestión de datos se apoya en los diversos sistemas de información implementados, entre los cuales se destaca el sistema de desarrollo propio "GHIPS". 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. 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. 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.

corresponda). k. Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia. l. Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros. m. Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento. n. Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.		
Medida 62. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial a reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la utilización de un Portal de Aplicaciones Institucional, que integra herramientas como GHIPS, CALIPSU, ALPHASIG, Archivador Virtual, Administrador Documental, Portal de Contratación, Gestión del Mejoramiento, Talento Humano, Correo Institucional y Página Web, entre otros mecanismos que facilitan la gestión, consulta, reporte y difusión de la información requerida para la operación y control de la entidad. La información institucional se difunde a través de múltiples aplicativos y canales tecnológicos que apoyan la gestión asistencial, administrativa, financiera y estratégica del Hospital. Los sistemas de información se encuentran bajo condiciones de seguridad, accesibilidad y disponibilidad controladas, garantizando la protección de la información durante su almacenamiento, acceso, conservación y consulta. La institución utiliza herramientas especializadas como GHIPS, ALPHASIG, Administrador Documental y Archivador Virtual, que permiten la administración y control de la información institucional. Adicionalmente, el Hospital utiliza plataformas informáticas externas para el reporte, consulta y difusión de información de carácter normativo, dando cumplimiento a los requerimientos legales y regulatorios aplicables.

Medida 63.ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Información. A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente con terceras para fines analíticos, estadísticos a de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique a elimine).	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales del Hospital, publicada en la página web institucional, la cual establece los lineamientos para el tratamiento de información personal y sensible conforme a la Ley 1581 de 2012 y la normativa de Habeas Data. Asimismo, dispone de mecanismos para la clasificación de bases de datos y la gestión de información sensible. La Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales restringe el acceso y tratamiento de datos personales y sensibles, con el fin de proteger la intimidad de los titulares de la información. En el numeral 6 de la política, relativo al tratamiento de datos sensibles, se establece que estos podrán utilizarse con fines históricos, estadísticos o científicos únicamente cuando se implementen medidas de supresión de identidad de los titulares, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012. El Hospital clasifica las bases de datos y los tipos de información mediante una herramienta de identificación, registro y priorización de necesidades de información, permitiendo determinar el nivel de protección requerido para cada tipo de dato. Para la información que contiene datos personales o sensibles, la institución aplica controles y tratamientos especiales definidos en la política institucional, orientados a prevenir vulneraciones a la privacidad y garantizar la reserva de la información.
Medida 64. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Información. A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la revelación de las operaciones con partes relacionadas en los Estados Financieros del Hospital, el Informe de Sostenibilidad, el reporte anual de Estados Financieros presentado a la Superintendencia Nacional de Salud y los reportes efectuados ante la DIAN, en concordancia con las disposiciones aplicables sobre revelación de información. En la Nota 32 de las Revelaciones a los Estados Financieros 2024-2023 se encuentran divulgadas las transacciones realizadas con partes relacionadas. Dentro de las partes relacionadas reveladas se encuentran los corporados Universidad de Antioquia y Fundación Universidad de Antioquia, indicando las relaciones existentes con la institución. Esta información también es presentada en el Informe de Sostenibilidad y en el reporte anual de Estados Financieros remitido a la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente, las transacciones con partes relacionadas son reportadas a la DIAN a través de los medios magnéticos,

		garantizando el cumplimiento de los requerimientos legales y de revelación aplicables.
Medida 65. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Información. Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.	**Cumple**	La institución cuenta ccon un proceso a cargo del sistema de informa , que cumple con los componentes del control interno, aplicando el Manual de Seguridad de la Información establece un conjunto de políticas orientadas a garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, dentro de las cuales se destacan las políticas de seguridad perimetral, las buenas prácticas para el uso de los bienes informáticos, las políticas de directorio activo, las políticas generales de seguridad informática y los acuerdos de confidencialidad. De igual forma, el manual dispone que el proveedor de servicios de Data Center (ISP) implementa un esquema automatizado de copias de seguridad, con frecuencia de cada 15 minutos para logs, respaldos diferenciales cada 24 horas y copias completas de las bases de datos una vez por semana, en cumplimiento de los requisitos del estándar TIA-942. Adicionalmente, la entidad cuenta con un Comité de Gobernanza de Datos, cuyo propósito es proveer estrategias organizacionales transversales que garanticen la transparencia, disponibilidad, integridad, confidencialidad y seguridad de la información durante todo su ciclo de vida, abarcando procesos clínicos, administrativos, investigativos y docentes. En este sentido, los administradores de la entidad definen e implementan políticas de seguridad de la información mediante un programa integral que comprende diseño, implantación, divulgación, capacitación y mantenimiento de las estrategias y mecanismos de seguridad, incluyendo la firma de acuerdos de confidencialidad cuando es necesario compartir información privilegiada con terceros.

		Con ello, se evidencia el cumplimiento de la medida y el fortalecimiento del modelo de gestión institucional.
Medida 66. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Comunicación. Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Procedimiento de Inducción, Entrenamiento y Reinducción del Personal y el Manual del Sistema de Control Interno, documentos que permiten que los colaboradores conozcan sus funciones, responsabilidades y su rol dentro del Sistema de Control Interno. El Procedimiento de Inducción, Entrenamiento y Reinducción del Personal contempla actividades de inducción general y específica, mediante las cuales los colaboradores conocen las funciones y responsabilidades asociadas a su cargo. El Manual del Sistema de Control Interno define las responsabilidades comunes y específicas de las tres líneas de defensa, facilitando la comprensión del papel que desempeña cada servidor dentro del Sistema de Control Interno. A través de estos instrumentos, la institución promueve la articulación entre procesos y fortalece la comunicación de responsabilidades y actividades de control en todos los niveles de la organización.

Medida 67. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Información y comunicación. Comunicación. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: a. Canales de comunicación. b. Responsables de su manejo. c. Requisitos de la información que se divulga. d. Frecuencia de la comunicación. e. Responsables. f. Destinatarios. g. Controles al proceso de comunicación. Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la implementación del Manual de Comunicación Institucional V04, publicado en CALIPSU, el cual establece los lineamientos para la gestión de las comunicaciones internas y externas, definiendo canales, responsables, públicos objetivo, frecuencias de uso, requisitos de la información y mecanismos de seguimiento a la gestión comunicacional. a. Canales de comunicación. El Manual de Comunicación Institucional V04 define los canales de comunicación internos y externos utilizados por la institución para la divulgación de información. b. Responsables de su manejo. El manual establece las responsabilidades del equipo de comunicaciones para la administración y gestión de los diferentes canales institucionales. c. Requisitos de la información que se divulga. Los lineamientos operativos del manual definen las características y requisitos que debe cumplir la información para ser divulgada como información institucional. d. Frecuencia de la comunicación. El manual establece la frecuencia de publicación o actualización de las diferentes actividades y medios de comunicación interna y externa. e. Responsables. Se encuentran definidos los responsables de la generación, validación y difusión de la información institucional a través del área de comunicaciones. f. Destinatarios. El manual identifica los públicos internos y externos a quienes se dirige la información institucional. g. Controles al proceso de comunicación. El Manual de Comunicación Institucional V04 contempla mecanismos para medir la gestión del proceso comunicacional y la satisfacción de los públicos objetivo. **Calidad, oportunidad y veracidad de la información. La atención a medios de comunicación se desarrolla bajo criterios de transparencia, diligencia, veracidad, precisión y oportunidad, garantizando que la información divulgada cuente con respaldo institucional y científico. Adicionalmente, las contingencias asociadas a la comunicación se encuentran contempladas en el Plan de Contingencia de la Gerencia de la Información.

Medida 68. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Monitoreo. 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 linterna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.	**Cumple**	Como base del Sistema de Control Interno (SCI), el Hospital ha adoptado el Modelo de las Tres Líneas de Defensa como marco de gobierno. Este modelo permite identificar las estructuras y procesos que facilitan el cumplimiento de los objetivos institucionales y promueven un gobierno sólido, capaz de gestionar los riesgos y asignar responsabilidades claras frente al SCI. La Auditoría Interna evalúa el Sistema de Control Interno mediante distintos enfoques metodológicos, que incluyen auditorías a sistemas de gestión, procesos y subprocesos, así como auditorías integrales orientadas a todos los componentes del SCI o a aquellos priorizados estratégicamente. Dichas prioridades se definen en el Programa Anual de Auditoría Interna (PAAI), de acuerdo con el nivel de riesgo, las necesidades institucionales y las solicitudes de la Alta Dirección y del Comité Financiero y de Contraloría Interna. El diagnóstico o evaluación de madurez del SCI del Hospital Alma Máter de Antioquia se realiza de manera periódica, con una frecuencia determinada por los resultados alcanzados en la madurez del sistema, el seguimiento a los planes de mejoramiento y la atención de temas críticos previamente identificados. La evaluación institucional del SCI se fundamenta en el modelo COSO III y en el enfoque de las Tres Líneas de Defensa. Todas las brechas identificadas en estas evaluaciones son comunicadas a la Alta Dirección y al Comité Financiero y de Contraloría Interna, en concordancia con esta medida.

Medida 69. ÓRGANOS DE CONTROL. Elementos del Sistema de Control Interno. Evaluaciones independientes. 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.	**Cumple**	La Revisoría Fiscal es la encargada de realizar la revisión de efectividad del Control Interno, además se han contratado auditorías externas para la certificación de buenas prácticas. Los informes que emiten son comunicados al proceso de Auditoría Interna para su seguimiento y acompañamiento, en cumplimiento de sus funciones de consultoría. En el Manual de Auditoría interna, el ítem 7.6 "roles de auditoría", se definió el rol de relacionamiento con entes de control externo, igualmente el programa de auditoría se integró el PAMC de AI (programa para el aseguramiento y mejora de la calidad de la Auditoría interna) en el cual se definen evaluaciones externas con proveedores externos, lo cual se definió siguiendo las normas internacionales del IIA, específicamente las 1370 Y 2070. En el numeral 7.3.1 Aseguramiento, se cuenta con Auditoría de segunda parte o externa con proveedores, contratistas o de independientes, lo cual se lleva de igual manera al PAAI _programa anual de Auditoría Interna, y los externos deben observar los lineamientos que rigen dentro del Hospital para los auditores Internos, lo cual también se reguló en el ANEXO ESTATUTOS Y CODIGO DE ETICA DE AUDITORIA INTERNA.
Medida 70. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. Control Interno en la gestión de salud. 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.	**Cumple**	La institución cuenta con diversos procesos como Auditoría interna, Direccionamiento de la Calidad, Gestión del Acceso, Direccionamiento Estratégico, cada uno de ellos establece procedimientos orientados a realizar y/o apoyar la evaluación y control 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. Adicionalmente, se cuenta con el PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad) del SOGC, el PAAI (Plan Anual de Auditoría Interna), auditoría médica. Además, 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. El Comité de Calidad realiza de manera sistemática y periódica revisiones a los atributos de calidad en salud, mediante el monitoreo de indicadores, procesos y revisiones a los procesos misionales, de apoyo y directivos del Hospital, todo esto apoyado de igual manera por el proceso de Gestión de la Información.

Medida 71. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. Control Interno en la gestión de salud. Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.	**Cumple**	La 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. Así mismo, en el Comité de Mejoramiento, Institucional trimestralmente se monitorean los resultados de la gestión clínica, seguridad del paciente, SOGC y sistemas integrados de gestión. Anualmente se presenta en el Informe de Sostenibilidad las gestiones realizadas en la calidad de la prestación de los servicios de salud, este informe es dirigido a todos los grupos de interés incluyendo la Asamblea.
Medida 72. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. Control Interno en la gestión de salud. Políticas de gestión en salud. La Junta Directiva u órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refirieren, cuando menos a: a. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c. Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d. Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e. Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y	**Cumple**	La institución define en su direccionamiento estratégico las políticas 3: Modelo de atención en salud, 4: Seguridad del paciente, y 9: Gestión de riesgos, las cuales se encuentran orientadas a la unificación de esfuerzos para la prestación de servicios de salud con calidad. 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. 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.

entrenamiento de los funcionarios. f. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.		
Medida 73. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. Control Interno en la gestión financiera. Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.	**Cumple**	La Alta Gerencia elabora el Informe de Sostenibilidad, en el cual se cuenta con la sección de desempeño económico; en este se realiza un resumen de los principales resultados financieros de la entidad, además de las acciones implementadas para una mejor toma de decisiones. La Gerencia Administrativa y Financiera se encarga de revisar y mantener el control de la gestión financiera. La Auditoría Interna y Revisoría Fiscal evalúan los riesgos de los procesos financieros mediante trabajos de aseguramiento sobre la integridad y confiabilidad de la información financiera del Hospital y del sistema de control interno de estos. Los informes de auditoria son presentados a los Comités: directivo, Comité Financiero y de Contraloría y en la Junta Directiva.

Medida 74. ÓRGANOS DE CONTROL **Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno** **Control Interno en la gestión financiera.** Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el seguimiento realizado a las observaciones y recomendaciones derivadas de la auditoría externa (Revisoría Fiscal) y las actividades de evaluación efectuadas por el proceso de Auditoría Interna, cuyos resultados son presentados a la Junta Directiva para la toma de decisiones y el fortalecimiento de los controles relacionados con la información financiera. En el desarrollo de la auditoría externa se emiten informes periódicos de planeación, ejecución y cierre, mediante los cuales se evalúan los sistemas de control interno de la institución y se reportan los resultados a la Junta Directiva y al proceso de Auditoría Interna, el cual realiza seguimiento a las observaciones y recomendaciones formuladas, verificando la implementación de los respectivos planes de mejoramiento. El Representante Legal, con base en las situaciones notificadas por la Gerencia Administrativa y Financiera, realiza los requerimientos correspondientes a la Revisoría Fiscal y al proceso de Auditoría Interna para la evaluación de las deficiencias identificadas y su impacto sobre la información financiera. Los resultados de dichas evaluaciones y las acciones adoptadas son informados por el Representante Legal ante la Junta Directiva, fortaleciendo el control sobre la calidad y confiabilidad de la información financiera institucional.

Medida 75. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a. Supervisión de los procesos contables. b. Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c. Presentación de informes de seguimiento. d. Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e. Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f. Supervisión continúa de los Sistemas de Información. g. Autorización apropiada de las transacciones por los Órganos de dirección y Administración. h. Autorización y control de documentos con información financiera. i. Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.	**Cumple**	La contabilidad de la institución se realiza bajo los principios contables generalmente aceptados de acuerdo con la normatividad vigente, con las respectivas políticas contables y manejo de la información en los distintos softwares que sirven de base para emitir informes oficiales a entes de control y de seguimiento para la administración, se cumple con: 1. La supervisión de los procedimientos contables y demás procesos financieros, mediante autocontrol y auditorías independientes (Auditoría interna financiera y Revisoría fiscal). 2. Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables, Se elaboran y analizan los informes financieros en las instancias pertinentes, como son Gerencia Administrativa y financiera, Comité Directivo, comisión financiera de Junta Directiva. 3. El proceso contable se rige por el Manual de políticas contables NIFF para PYMES- MANUAL DE POLITICAS CONTABLES BAJO NIIF. 4. Se realizan evaluaciones de autocontrol e independientes a los aplicativos financieros y contables, mediante auditoría interna financiera y Revisoría fiscal. 5. Se realizan 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. 6. Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. 7. Se realiza la supervisión continúa de los Sistemas de Información.
Medida 76. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. Control Interno en la gestión de la tecnología. La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Manual de la Gestión de la Tecnología, disponible en CALIPSU, documento que establece los lineamientos para la gestión tecnológica institucional, así como los recursos, procesos, procedimientos y controles necesarios para garantizar su adecuada administración y uso. El Manual de la Gestión de la Tecnología documenta los procesos relacionados con la gestión tecnológica de la institución, en dicho manual se establecen los lineamientos operativos (políticas) que orientan la gestión, uso y control de la tecnología institucional. El documento define los procesos y controles necesarios para promover una gestión tecnológica segura y pertinente, orientada al beneficio de los usuarios y a la mitigación de riesgos para los trabajadores y el medio ambiente. Adicionalmente, la gestión tecnológica definida en el manual

		apoya las actividades de asistencia, docencia e investigación, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales.
Medida 77. ÓRGANOS DE CONTROL. Áreas especiales dentro del Sistema de Control Interno. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables: a. Administración de proyectos de sistemas. b. Administración de la calidad. c. Adquisición de tecnología. d. Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e. Instalación y acreditación de sistemas. f. Administración de cambios. g. Administración de servicios con terceros. h. Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i. Continuidad del negocio. j. Seguridad de los sistemas. k. Capacitación y entrenamiento de usuarios. l. Administración de los datos. m. Administración de instalaciones. n. Administración de operaciones de tecnología y documentación.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Manual de la Gestión de la Tecnología V05, el cual establece el enfoque para la gestión integral de la tecnología durante todo su ciclo de vida y contempla las variables exigidas en el plan de infraestructura tecnológica. a. Administración de proyectos de sistemas. El Manual de la Gestión de la Tecnología V05 contempla la planeación y gestión de la tecnología durante su ciclo de vida. b. Administración de la calidad. El manual establece lineamientos orientados a una gestión tecnológica segura, pertinente y en mejora continua. c. Adquisición de tecnología. La gestión tecnológica incluye la planeación, incorporación y renovación de tecnología institucional. d. Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. El manual contempla la gestión de los recursos tecnológicos requeridos para la operación institucional. e. Instalación y acreditación de sistemas. La gestión tecnológica incorpora las actividades necesarias para la puesta en operación de las tecnologías adquiridas. f. Administración de cambios. El ciclo de vida tecnológico considera la actualización, renovación y evaluación de las tecnologías implementadas. g. Administración de servicios con terceros. La gestión de tecnología contempla la interacción con proveedores y servicios asociados a los recursos tecnológicos institucionales. h. Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. El manual define lineamientos para asegurar la adecuada gestión y disponibilidad de la infraestructura tecnológica

		institucional. i. Continuidad del negocio. La gestión tecnológica se orienta a garantizar la operación segura y continua de los servicios que soportan los procesos institucionales. j. Seguridad de los sistemas. El modelo de gestión tecnológica busca una utilización segura de la tecnología, minimizando riesgos para los usuarios y colaboradores. k. Capacitación y entrenamiento de usuarios. La gestión tecnológica contempla acciones que favorecen el adecuado uso de la tecnología por parte de los usuarios institucionales. l. Administración de los datos. Los lineamientos establecidos permiten gestionar la información asociada a los recursos tecnológicos institucionales. m. Administración de instalaciones. La gestión integral de la tecnología incluye los recursos e infraestructura requeridos para su funcionamiento. n. Administración de operaciones de tecnología y documentación. El Manual de la Gestión de la Tecnología V05 documenta los procesos, lineamientos y controles necesarios para la administración de la tecnología institucional.

Medida 78.ÓRGANOS DE CONTROL. Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno. Junta Directiva u órgano equivalente. 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: 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	**Cumple**	La Junta Directiva del Hospital elaboró y aprobó el Reglamento de Junta Directiva en septiembre del 2022, al cual se le asignaron las obligaciones especiales, que ha venido ejecutando, además de las contenidas en el Estatuto de abril del 2022, en materia de control interno, alineadas con los criterios contenidos en esta medida, lo cual consta también en el acta de conformación del Comité financiero y de Contraloría. La Junta es, además, la instancia responsable de adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento; también está estipulado en el Estatuto y código de Auditoría _ ANEXO ESTATUTOS Y CODIGO DE ETICA DE AUDITORIA INTERNA V03.

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.		

Medida 79. ÓRGANOS DE CONTROL. Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno. Representante legal. En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de: a. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI. b. Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos. c. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades. d. Implementar 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	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante las responsabilidades asignadas al Director General en el Artículo 25 de los Estatutos vigentes de la Corporación, las cuales se encuentran alineadas con las funciones establecidas para el Representante Legal en materia de Sistema de Control Interno. a, b, c, d y e. Implementación, comunicación y fortalecimiento del SCI. El Artículo 25 de los Estatutos asigna al Director General responsabilidades relacionadas con la implementación, operación, fortalecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno, así como la adopción de mecanismos de dirección, comunicación y control orientados al cumplimiento de los objetivos institucionales. f. Revisión del Código de Conducta y Buen Gobierno. Las funciones de direccionamiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno establecidas en los Estatutos contemplan el seguimiento a los lineamientos de ética, buen gobierno y control institucional. g y h. Relación con órganos de control y provisión de recursos. El Director General garantiza la interacción con los órganos de control internos y externos, así como el apoyo necesario para el funcionamiento de las actividades de control, gestión de riesgos y auditoría institucional. i y j. Certificación, revelación y control de la información. Los Estatutos establecen la responsabilidad de certificar que los estados financieros y demás informes relevantes reflejan adecuadamente la situación de la entidad, así como mantener mecanismos de revelación y control de la información financiera y de resultados en salud. k. Mecanismos para la recepción de denuncias. La institución dispone de mecanismos para la recepción y gestión de denuncias que permiten poner en conocimiento de las instancias competentes posibles irregularidades. l. Verificación de la operatividad de los controles. La operatividad del Sistema de Control Interno es objeto de seguimiento a través del Comité Financiero y de Contraloría Interna, el Comité de Riesgos, la Auditoría Interna y demás instancias de control institucional. m. Informe sobre el desempeño del SCI. El Artículo 25 de los Estatutos establece la obligación de informar a la Asamblea General y/o Junta Directiva sobre la gestión y evaluación del desempeño del Sistema de Control Interno mediante un apartado específico dentro del informe de gestión.

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.		

Medida 80. Medida 80. ÓRGANOS DE CONTROL. Responsabilidades dentro del Sistema de Control Interno. Representante legal. El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la utilización del aplicativo Administrador Documental y los mecanismos formales de comunicación institucional, que permiten al Representante Legal documentar sus actuaciones y mantener disponibles los soportes relacionados con el Sistema de Control Interno. El Representante Legal deja constancia de sus actuaciones, decisiones y comunicaciones mediante el aplicativo Administrador Documental y las comunicaciones físicas institucionales. Los registros documentales generados permiten evidenciar la gestión realizada y la trazabilidad de las decisiones relacionadas con la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno. La documentación y soportes asociados al SCI permanecen disponibles para la Auditoría Interna, la Revisoría Fiscal y demás organismos de supervisión y control que los requieran.
Medida 81. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna. Objetivo y responsabilidad. Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante los Estatutos y Código de Ética de la Auditoría Interna, el Reglamento Interno de la Junta Directiva, el Manual de Auditoría Interna y el Programa Anual de Auditoría Interna (PAAI), documentos que establecen formalmente los objetivos, autoridad, responsabilidad e independencia de la función de auditoría interna. Objetivos, autoridad, responsabilidad e independencia. La Junta Directiva formalizó el Comité Financiero y de Contraloría Interna con dependencia funcional de este órgano, definiendo en los Estatutos y Código de Ética de la Auditoría Interna la autoridad, responsabilidades, objetivos y acceso a la información requerida para el ejercicio de la actividad de auditoría interna. Estos lineamientos fueron armonizados con el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna (MIPP). Acceso a la información y reporte a la Junta Directiva. El capítulo III del Reglamento Interno de la Junta Directiva establece los objetivos del Comité, la facultad de presentar hallazgos y reportarlos directamente a la Junta Directiva, así como la posibilidad de interactuar con este órgano sin interferencias, fortaleciendo la independencia de la actividad de auditoría. Competencias y asignación del equipo auditor. El Manual de Auditoría Interna define los roles de auditoría interna, la selección y designación del equipo auditor y el perfil requerido de los auditores. Adicionalmente, el Formato Programa Anual de Auditoría Interna (PAAI) contempla la verificación de competencias y requisitos del

		auditor para cada trabajo asignado, dejando evidencia de ello dentro de los respectivos papeles de trabajo.
Medida 82. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna Independencia y objetividad La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses. Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.	**Cumple**	La Junta Directiva y la Alta Gerencia garantizan la independencia en el ejercicio del equipo de auditoría interna, hace parte de sus funciones dentro del actual reglamento Interno de junta directiva, y debe, además, garantizar los medios necesarios para mantener este principio. Además, tanto el Manual de Auditoría, como los Estatutos y Código de Ética de Auditoría Interna, contienen el principio de independencia, adoptado del MIPP (Marco Internacional para la práctica profesional de AI).
Medida 83. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna Independencia y objetividad. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.	**Cumple**	En la vigencia 2023 la Junta Directiva nombró al Coordinador Staff de Auditoría Interna, y dio directrices sobre la operatividad del comité financiero y de contraloría Interna que depende de este órgano.

Medida 84. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna Pericia y debido cuidado profesional Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.	**Cumple**	El Coordinador Staff de Auditoría Interna y su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, aptitudes y competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades, la cuales están estipuladas en sus manuales de funciones y los enfoques del proceso; para mantener y mejorar sus competencias están en constante desarrollo profesional y en caso de no tenerlas, se gestionan las asesorías pertinentes. Así mismo, los auditores internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se espera de un especialista razonablemente prudente y competente. Esto se encuentra, igualmente consignado en los Estatutos y Código de Ética de la Auditoría Interna.
Medida 85. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna Programa de calidad y cumplimiento. El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.	**Cumple**	En el enfoque MANUAL DE AUDITORIA INTERNA, se incluyó el PAMC_Programa de aseguramiento y mejoramiento de la Calidad de Auditoría Interna en e ítem 8, el cual contempla las evaluaciones internas y externas y se están desarrollando las herramientas que darán cuenta de cada una de estas mediciones, ya se cuenta con un modelo de madurez del proceso de auditoría interna, el permite el seguimiento continuo, y la evaluación de la alineación del proceso de auditoría interna frente a marcos de referencia como NTC ISO 19011, 27001, 14001, 45001 y otras reglamentaciones para el ejercicio de autoría como las normas del IIA Global, además se implementaron las evaluaciones de satisfacción de la auditoría, y se realiza anualmente la evaluación de desempeño del auditor. En el PAAI_ programa anual de auditoría interna se valida el perfil del auditor, lo cual apunta al seguimiento continuo y se hace una revisión de controles que deben ser aplicados en el ciclo de auditoría, de los cuales se deja soporte en cada auditoría en los papeles de trabajo. Con respecto a la evaluación independiente se hará con pares de otros procesos y/o con firma externa según condiciones financieras del Hospital.

Medida 86. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes **Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna.** El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades: a. Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva. b. Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos. c. Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros Órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos. d. Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la ejecución del Programa Anual de Auditoría Interna (PAAI), alineado con el Sistema Integrado de Riesgos, así como con la aplicación del Manual de Auditoría Interna (MN-AI-1095), el Manual del Sistema de Control Interno (MN-AI-5628), el Procedimiento para la Ejecución de la Auditoría Interna (PC-AI-6886) y el Código de Ética de la Auditoría Interna (AN-AI-5540), documentos publicados en CALIPSU que regulan el ejercicio de la actividad de auditoría interna en la institución. a y b. Plan anual y requerimientos de recursos. El equipo de auditoría desarrolla sus actividades mediante el Programa Anual de Auditoría Interna (PAAI), el cual define cronograma, alcance, recursos y riesgos, y se encuentra alineado con el Sistema Integrado de Riesgos. Este programa es aprobado por el Comité Financiero y de Contraloría, con participación de la Dirección General, quien apoya la independencia del proceso y provee los recursos necesarios para las actividades de aseguramiento y consultoría. c. Políticas y procedimientos. La actividad de auditoría se encuentra regulada mediante el Manual de Auditoría Interna (MN-AI-1095), el Manual del Sistema de Control Interno (MN-AI-5628), el Procedimiento para la Ejecución de la Auditoría Interna (PC-AI-6886) y demás registros de auditoría, los cuales establecen las directrices para la ejecución de los trabajos de auditoría con enfoque basado en riesgos. d. Condiciones de los informes. Los informes emitidos por Auditoría Interna son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos; adicionalmente, son revisados previamente por la coordinación del proceso y constituyen una fuente de mejoramiento institucional. De acuerdo con el Código de Ética de la Auditoría Interna (AN-AI-5540), los informes deben estar soportados en evidencia suficiente y adecuada, garantizando imparcialidad, objetividad e independencia en sus conclusiones.

Medida 87. ÓRGANOS DE CONTROL. Departamento de Contraloría Interna u órgano que cumpla funciones equivalentes. Pautas para el ejercicio de la Contraloría Interna Funciones. 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: 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. 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. 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. 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. Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por la menos lo siguiente: i. Identificación de los temas, procesos, áreas a materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la	**Cumple**	El proceso de Auditoría interna, encargado del ejecutar actividades de aseguramiento y consultoría en el Sistema de Control Interno del Hospital , realiza diferentes actividades de evaluación , en ejercicio de sus funciones, para aportar al mejoramiento de los procesos, en los siguientes componentes de la institución: -Gestión de salud: El Hospital verifica el cumplimiento de las políticas y directrices mediante la evaluación de la implementación de los componentes del del sistema de gestión de salud y otros sistemas de calidad. -Sistema de Control Interno: El subproceso de auditoría interna realiza la evaluación de la eficacia y eficiencia de mantenimiento de controles mediante el aseguramiento de los -procesos y sistemas , sin impedimentos , ni desplazamiento de las responsabilidades de autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada colaborador. La Revisoría Fiscal también hace sus respectivas evaluaciones y emite sus informes y dictámenes de manera independiente. -Gobierno interno: El proceso de auditoría interna 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, mediante el proceso de seguimiento debidamente documentado, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección y demás procesos de la organización, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado. -Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor mediante los informes de auditoría interna, realizados a los procesos priorizados, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Al cierre de cada ejercicio, el Auditor externo (Revisoría Fiscal) presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, que incluye todos los elementos de esta medida y se hacen los seguimientos sobre la implementación accione de mejora, tanto de los informes internos como externos.

información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno. ii. Especificación respecto a que las Siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u árgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las Leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución. iii. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno. iv. información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones. v. indicación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones. vi. Relación de las recomendaciones formuladas sobre deficiencias materiales detectadas, mencionando los criterios generales que se tuvieron en cuenta para determinar la importancia de las mismas. vii. Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores. Es de advertir que, si bien resulta viable que la administración de las entidades supervisadas contrate externamente la realización de las		

actividades propias de la auditoria o contraloría, en ningún caso ello implica el traslado de la responsabilidad sobre la auditoria misma. Es decir, que la administración de la entidad solo entrega la ejecución de la labor más no la responsabilidad misma de la realización de la auditoría, la cual conserva siempre. En tal sentido, la administración de la entidad debe realizar el direccionamiento, administración y seguimiento de la actividad realizada por el tercero, sin delegar la toma de decisiones. Adicionalmente debe garantizarse el acceso permanente de la administración y del supervisor a la información de la auditoría y a los papeles de trabajo, el establecimiento de un plan de contingencias para que no cese la labor en caso de algún problema en la ejecución del contrato, y la independencia entre el Auditor Interno y Externo (si existe este último), teniendo en cuenta que las dos funciones mencionadas no pueden ser desarrolladas por la misma entidad o persona		
Medida 88. ÓRGANOS DE CONTROL. Órganos Externos. Revisor Fiscal. 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 Jo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen. El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales. De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es persona natural se cambia a más tardar cada tres años.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la contratación de la firma Grupo Asesor en Gestión S.A.S. como Revisoría Fiscal, la cual realiza la evaluación de los sistemas de control interno y de gestión de riesgos, emitiendo el correspondiente dictamen sobre los estados financieros de la entidad. La Revisoría Fiscal Grupo Asesor en Gestión S.A.S. ejerce sus funciones en la institución desde septiembre de 2021, desarrollando las actividades de evaluación y seguimiento requeridas sobre los sistemas de control y la información financiera. La firma percibe honorarios mensuales por valor de $9.500.000, los cuales no representan más del 3% de los ingresos de la sociedad de revisoría fiscal, garantizando el criterio de independencia exigido por la medida. Al tratarse de una persona jurídica, el esquema de vinculación se ajusta a lo establecido para este tipo de firmas en cuanto a la permanencia y rotación del servicio. La Revisoría Fiscal emite anualmente el dictamen de los

		estados financieros, documento que hace parte integral de los estados financieros presentados a la Asamblea General, como resultado de la evaluación realizada sobre la información financiera y los mecanismos de control implementados por la institución
Medida 89. GRUPOS DE INTERÉS. Rendición de Cuentas. Frente al Público. 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.	**No Aplica**	El Hospital Alma Máter de Antioquia es una corporación, sin ánimo de lucro con participación mixta, que se rige por el derecho privado, por tanto, no es una institución pública obligada a realizar rendición de cuentas.
Medida 90. GRUPOS DE INTERÉS. Rendición de Cuenta frente a las Autoridades Locales. La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre: a. Coordinación de actividades de salud pública. b. Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos. c. Sistema de atención al usuario. d. Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.	**No Aplica**	El Hospital Alma Máter de Antioquia es una corporación, sin ánimo de lucro con participación mixta, que se rige por el derecho privado, por tanto, no es una institución pública obligada a realizar rendición de cuentas.

Medida 91. GRUPOS DE INTERÉS. Rendición de Cuentas. Frente a la comunidad científica y médica. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiologia con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión: a. Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud. b. Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.	**No Aplica**	El Hospital Alma Máter de Antioquia es una corporación, sin ánimo de lucro con participación mixta, que se rige por el derecho privado, por tanto, no es una institución pública obligada a realizar rendición de cuentas.
Medida 92. GRUPOS DE INTERÉS. Rendición de Cuentas. Frente a la Superintendencia Nacional de Salud. 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.	**No Aplica**	El Hospital Alma Máter de Antioquia es una corporación, sin ánimo de lucro con participación mixta, que se rige por el derecho privado, por tanto, no es una institución pública obligada a realizar rendición de cuentas.
Medida 93. GRUPOS DE INTERÉS. Transparencia en la Contratación de Personal Médico. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la aplicación de la Matriz de Suficiencia de Talento Humano, construida bajo los lineamientos del Sistema Único de Habilitación, y del Manual de Perfiles y Competencias del Macroproceso Misional (MN-TH-5728), disponible en CALIPSU, los cuales establecen los criterios para la planeación, selección y vinculación del personal médico y asistencial, de acuerdo con las necesidades del servicio. La Matriz de Suficiencia de Talento Humano incorpora variables como oferta, demanda, riesgos, capacidad instalada y oportunidad en la atención, permitiendo determinar la cantidad de médicos generales y especialistas requeridos por la institución. El Manual de Perfiles y Competencias del Macroproceso Misional (MN-TH-5728) define los perfiles y competencias requeridos para los profesionales médicos y especialistas, constituyéndose en el referente para los procesos de selección y vinculación. La institución cuenta con un enfoque de planeación del talento humano, mediante el cual determina las necesidades de personal por servicio, y un enfoque de selección, que

		establece las características y competencias requeridas para los cargos asistenciales. Los requisitos y perfiles definidos institucionalmente son comunicados a las empresas aliadas encargadas de la prestación de servicios médicos, garantizando el cumplimiento de las condiciones exigidas por habilitación y por la organización para la vinculación del talento humano requerido.
Medida 94. GRUPOS DE INTERÉS. Transparencia en la Política de Compras. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la aplicación del Reglamento General de Contratación (MN-CA-0040), aprobado por la Junta Directiva, documento que establece las políticas, lineamientos, responsables, modalidades y procedimientos para la adquisición de bienes y servicios requeridos para la operación institucional. El Reglamento General de Contratación (MN-CA-0040) define los criterios, procedimientos, responsabilidades y atribuciones aplicables a los procesos de contratación del Hospital Alma Máter de Antioquia. La institución cuenta con un Comité de Contratación, encargado de evaluar y recomendar la apertura de los negocios jurídicos, verificando su necesidad, viabilidad financiera y el adecuado uso de los recursos institucionales. El reglamento establece las modalidades de contratación y sus cuantías, así como los requisitos aplicables para cada proceso, permitiendo la comparación objetiva de ofertas bajo criterios previamente definidos. Para los procesos de contratación que se realizan mediante invitación pública a ofertar, el Hospital publica la información en su página web, garantizando la publicidad, la igualdad de oportunidades entre oferentes y la pluralidad de propuestas conforme a los términos establecidos en cada invitación.

Medida 95. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Política General de Revelación de Información. La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: a. Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. b. La información que se debe revelar. c. La forma como se debe revelar esa información. d. A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stake holders). e. En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de f. Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. g. Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. h. Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la Política de Revelación de Información, aprobada por la Junta Directiva, la cual establece los lineamientos para la revelación y divulgación de información institucional, así como los mecanismos para garantizar su acceso, disponibilidad, calidad y manejo según su nivel de confidencialidad o reserva legal. a, b, c y d. Responsables, información a revelar, forma de revelación y destinatarios. La Política de Revelación de Información define en sus numerales 5.1 Responsables de desarrollar la política, 5.2 Información objeto de revelación, 5.3 Forma como se revela la información y 5.4 A quién se revela la información, estableciendo los responsables, el tipo de información a divulgar, los mecanismos de divulgación y los grupos de interés a quienes va dirigida. e y f. Reportes a autoridades y controles de integridad y oportunidad. En el numeral 5.6 Reportes a las autoridades, la política define los lineamientos para la generación, presentación y control de la información reportada a los diferentes organismos de vigilancia y control, garantizando su integridad y oportunidad. g. Mecanismos para asegurar la calidad y representatividad de la información. El numeral 5.5 Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada establece los controles orientados a garantizar la confiabilidad, consistencia y calidad de la información divulgada. h. Información reservada o confidencial. El numeral 5.7 Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial establece los criterios y controles para el manejo, acceso y divulgación de la información que tenga carácter sensible, confidencial o reserva legal.

Medida 96. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente a las Autoridades. La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la ejecución de auditorías independientes realizadas por Auditoría Interna, Revisoría Fiscal y Auditoría Médica, las cuales evalúan la calidad, integridad y oportunidad de la información reportada a los diferentes organismos de vigilancia y control, cuyos resultados son incorporados al proceso institucional de mejoramiento. Auditoría Interna, en desarrollo de sus procedimientos de auditoría, evalúa de manera independiente la calidad de los datos reportados por la institución a entidades externas, incluyendo RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales, entre otros reportes oficiales. Los reportes son generados principalmente desde el subproceso de Gestión de la Información y otros procesos responsables, como Control de Infecciones y Vigilancia en Salud Pública, sobre los cuales se realizan actividades de evaluación y seguimiento. La Revisoría Fiscal y la Auditoría Médica también realizan revisiones independientes sobre la información y emiten los respectivos informes, fortaleciendo los mecanismos de aseguramiento institucional. Los hallazgos y recomendaciones derivados de estas evaluaciones se articulan al proceso de mejoramiento institucional, promoviendo acciones correctivas y oportunidades de mejora, evitando reprocesos y optimizando recursos. Adicionalmente, la institución suministra a los organismos de vigilancia y control los informes y soportes derivados de las auditorías independientes y atiende los requerimientos de rendición de cuentas que le sean solicitados.

Medida 97. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente al Público Información sobre la entidad 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: - Información de la entidad - Información sobre los miembros o propietarios - Información sobre la administración - Información sobre los órganos de control - Información sobre los usuarios	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la información publicada en la sección Transparencia y Acceso a la Información Pública de la página web institucional y en el Informe de Sostenibilidad, garantizando la disponibilidad de información relevante para los diferentes grupos de interés, en observancia de los principios de transparencia y acceso a la información. Información de la entidad, administración y usuarios. En la página web institucional se encuentra publicada información relacionada con la misión, visión, funciones, deberes, estructura organizacional, mapa de procesos, directorio institucional, horarios de atención, formularios para trámites, PQRSDF, calendario de actividades y demás información de interés para usuarios y grupos de interés. Información sobre miembros o propietarios y órganos de dirección. El Informe de Sostenibilidad presenta información sobre la participación de los corporados de la institución, así como la conformación de la Junta Directiva y el Comité Directivo, permitiendo conocer la estructura de gobierno institucional. Información sobre órganos de control y grupos de interés. La página web institucional dispone información orientada a los entes de vigilancia y control, así como directorios de agremiaciones, asociaciones y otros grupos de interés, facilitando el acceso a la información pública y el relacionamiento con las partes interesadas.

Medida 98. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente al Público. La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre: a. Servicios habilitados y en operación. b. Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. c. Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la información publicada en la página web institucional y en el Informe de Sostenibilidad 2024, donde se divulgan los principales resultados asistenciales, información de servicios, talento humano y actividades de promoción y prevención dirigidas a los diferentes grupos de interés. a, b y c. Servicios habilitados, volumen de actividades e indicadores de calidad. En la sección Programas y Servicios de la página web institucional se encuentra información sobre los servicios habilitados y en operación. Adicionalmente, el Informe de Sostenibilidad 2024, en el capítulo Datos Clave, presenta el volumen de procedimientos y actividades en salud realizadas, mientras que en el apartado Modelo de Atención en Salud Sermás se publican indicadores y resultados asociados a la prestación de los servicios, así como mediciones de satisfacción de usuarios y cuidadores. e y f. Información del recurso humano y actividades de promoción y prevención. La institución dispone en su página web del Directorio Médico, donde se presenta información de profesionales de la institución. Asimismo, el Informe de Sostenibilidad 2024 incluye indicadores relacionados con el talento humano. Las actividades de promoción y prevención se divulgan a través de la sección Promoción y Prevención y del Blog Educación Contigo, mediante contenidos educativos, charlas, infografías, testimonios y otras estrategias de educación para la salud. g. Tarifas por tipo de pagador. Las tarifas de los servicios no se encuentran publicadas, dado el carácter confidencial de la información contractual y comercial asociada a los diferentes pagadores.

Medida 99. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente al Público **Información Financiera.** 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la publicación de información financiera y administrativa en la página web institucional, garantizando el acceso de los grupos de interés a información relevante sobre la gestión y situación financiera del Hospital. En la sección de Estados Financieros de la página web institucional se publican los estados financieros y sus respectivas revelaciones, permitiendo la consulta de la información financiera de la entidad. La institución publica información complementaria como el Informe de Sostenibilidad, el Plan Anual de Compras y demás informes de gestión que aportan información relevante sobre su desempeño institucional. La información financiera divulgada al público es consistente con los reportes presentados a los organismos de vigilancia y control, incluida la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando transparencia y acceso a la información para los diferentes grupos de interés. La divulgación de esta información se realiza conforme a los lineamientos institucionales de revelación de información y transparencia establecidos por la entidad.El Hospital cumple con la revelación de información al público a través de la página web con sus respectivas revelaciones, los informes de sostenibilidad, el plan anual de compras del periodo, entre otros. Ver: https://almamater.hospital/estados-financieros/
Medida 100. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente a los miembros del Máximo Órgano Social. Informe de Gobierno. 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 explicita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la elaboración anual del Informe de Sostenibilidad, los informes de gestión presentados por la Dirección General y los informes emitidos por la Revisoría Fiscal, documentos que son puestos en consideración de la Junta Directiva y la Asamblea de Corporados, como parte del proceso de rendición de cuentas y cierre de cada vigencia. Informe de gestión y gobierno organizacional. Anualmente la institución elabora un Informe de Sostenibilidad, aprobado por la Junta Directiva y la Revisoría Fiscal, en el cual se presentan los principales resultados de la gestión institucional, el cual es posteriormente publicado en la página web para conocimiento de los grupos de interés. Seguimiento a la gestión institucional. La Dirección General presenta anualmente a la Junta Directiva y a la Asamblea de Corporados un informe de gestión que incluye los resultados de la gestión financiera, la prestación de servicios, las actividades de docencia e investigación y los avances en desarrollo institucional. Evaluación independiente y transparencia.

		La Revisoría Fiscal presenta anualmente un informe de revisión de la gestión empresarial con su respectivo dictamen, incluyendo aspectos relacionados con los resultados administrativos, financieros y la gestión de riesgos de la entidad, fortaleciendo la transparencia y la rendición de cuentas ante los órganos de gobierno.
Medida 101. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente a los miembros del Máximo Órgano Social **Informe de Gobierno Organizacional**. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema: 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Informe de Sostenibilidad, publicado en la página web institucional, el cual incorpora información relacionada con la estructura corporativa, el gobierno organizacional, las operaciones con corporados y la gestión integral de riesgos. a y b. Estructura de la propiedad y de la administración. El Informe de Sostenibilidad, en las secciones de contexto institucional y "Gobernanza, gestión ética y transparencia", presenta la conformación de la Corporación Hospital Alma Máter de Antioquia, la participación de los corporados y la estructura de gobierno organizacional, incluyendo la Asamblea General, la Junta Directiva y los diferentes comités de apoyo. c. Operaciones con partes vinculadas. En la sección de información complementaria del Informe de Sostenibilidad se revelan las operaciones realizadas con los corporados, así como su comparativo frente a la vigencia inmediatamente anterior. d. Sistemas de gestión de riesgos. El informe presenta los resultados y avances del Sistema de Gestión Integral de Riesgos, incluyendo la gestión de riesgos institucionales y el seguimiento realizado a los diferentes subsistemas que apoyan la gestión empresarial y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Medida 102. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Frente a los miembros del Máximo Órgano Social. Salvedades del Revisor Fiscal. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la presentación anual del informe y dictamen de Revisoría Fiscal ante la Asamblea General, así como el seguimiento realizado por el proceso de Auditoría Interna a las observaciones, recomendaciones y acciones de mejoramiento derivadas de las evaluaciones efectuadas. La Revisoría Fiscal presenta anualmente ante la Asamblea General su dictamen e informe de cierre, incluyendo los aspectos relevantes, énfasis y situaciones identificadas durante la vigencia. Los asuntos identificados por la Revisoría Fiscal son objeto de seguimiento por parte de Auditoría Interna, mediante la verificación de las acciones implementadas para el cierre de brechas y fortalecimiento de los controles institucionales. La información relacionada con los resultados de la revisión fiscal y las acciones adoptadas es presentada a los órganos de gobierno de la institución, garantizando la transparencia y rendición de cuentas frente al Máximo Órgano Social.
Medida 103.REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Partes Vinculadas. Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante las revelaciones contenidas en los Estados Financieros, donde se informa de manera detallada las operaciones realizadas con partes vinculadas y su comportamiento durante la vigencia. La Nota 32 de las Revelaciones a los Estados Financieros presenta las operaciones realizadas con entidades vinculadas, detallando las transacciones recíprocas y los principales conceptos asociados. La información revelada incluye el análisis comparativo frente a la vigencia anterior, permitiendo identificar las variaciones y el comportamiento de las principales variables de relacionamiento con partes vinculadas. Estas operaciones son divulgadas como parte de la información financiera pública de la institución, fortaleciendo los principios de transparencia y revelación de información establecidos para el gobierno organizacional.
Medida 104. REVELACIÓN DE INFORMACIÓN. Grupos Empresariales. 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,	**No Aplica**	El hospital no pertenece a un grupo empresarial.

actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.		
Medida 105. MEDIDAS DE CONDUCTA. La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una IPS debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno. La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades. Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la implementación del Código de Ética y Buen Gobierno, las políticas de Prevención de Corrupción, Fraude y Soborno y de Identificación y Manejo del Conflicto de Interés, las cuales establecen los principios, valores y lineamientos de conducta aplicables a todos los colaboradores. Adicionalmente, cuenta con los comités de Ética Hospitalaria, Ética y Buen Gobierno y Ética en Investigación, que apoyan el fortalecimiento permanente de la cultura ética institucional. El Código de Ética y Buen Gobierno integra los principios, valores y directrices para la actuación de los colaboradores en el ejercicio de sus funciones. La institución dispone de políticas específicas para la prevención de la corrupción, el fraude, el soborno y la gestión de conflictos de interés, fortaleciendo la transparencia y la integridad organizacional. Los comités de ética institucional realizan seguimiento y promueven la aplicación de las disposiciones relacionadas con la conducta ética y el buen gobierno. Estos mecanismos contribuyen a prevenir, detectar y gestionar situaciones asociadas a corrupción, opacidad, fraude o actuaciones contrarias a los principios institucionales.

Medida 106. MEDIDAS DE CONDUCTA. Los lineamientos de conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos: a) Los principios éticos y valores institucionales b) Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia c) Direccionamiento estratégico de la entidad d) Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. e) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad f) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno. g) El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas h) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones i) Principios de responsabilidad social empresarial j) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. k) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional. En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Código de Ética y Buen Gobierno Institucional, el Código de Integridad, el Protocolo para la Recepción de Donaciones (PT-JR-5958) y las políticas institucionales asociadas a la gestión ética, transparencia y prevención de riesgos. a, b y c. Principios, valores y direccionamiento estratégico. El Código de Ética y Buen Gobierno se encuentra alineado con la misión, visión, principios, valores y políticas estratégicas de la institución. Asimismo, incorpora los principios institucionales de igualdad, calidad, integralidad, continuidad, promoción del desarrollo humano y social, responsabilidad social, participación social, libre escogencia e integración funcional. Complementariamente, la Junta Directiva aprobó el Código de Integridad, que contempla los valores de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia. d, e y i. Gestión ética, grupos de interés y responsabilidad social. El Código establece lineamientos para la gestión ética y el relacionamiento con los diferentes grupos de interés, promoviendo la atención humanizada, la ética en la prestación de servicios, la relación docencia-servicio, la gestión sostenible y la responsabilidad social empresarial. Adicionalmente, la institución cuenta con un Subproceso de Proyección Social que fortalece este enfoque. f, g y h. Corrupción, fraude, soborno, actuaciones irregulares y donaciones. La institución dispone de medidas para la prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno, bajo una política de cero tolerancia frente a estas conductas. Asimismo, el Código contempla las consecuencias derivadas de su incumplimiento y cuenta con el Protocolo para la Recepción de Donaciones (PT-JR-5958), el cual establece controles frente a beneficios, incentivos y posibles conflictos de interés. j y k. Difusión, socialización y seguimiento. El Código de Ética y Buen Gobierno se encuentra publicado en CALIPSU, garantizando su consulta y divulgación permanente. Adicionalmente, los comités institucionales de ética constituyen instancias de seguimiento y fortalecimiento continuo de la gestión ética y del buen gobierno organizacional.

Medida 107.MEDIDAS DE CONDUCTA. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante las disposiciones establecidas en el Código de Ética y Buen Gobierno (AN-DP-4759_V04) y las políticas institucionales complementarias relacionadas con ética, conflicto de interés, prevención de fraude, corrupción y protección de la información. a y c. Actuaciones ilegales o sospechosas y colaboración con las autoridades. El Código de Ética y Buen Gobierno (AN-DP-4759_V04) establece en su postulado 1.11 la obligación de informar cualquier conflicto ético o situación irregular conocida por el personal administrativo y asistencial. Adicionalmente, la institución ha fortalecido este enfoque mediante políticas y procedimientos orientados a la prevención de actos contrarios a la ética y la legalidad. b. Protección y uso adecuado de los activos. El Código contempla responsabilidades relacionadas con la protección y uso adecuado de los activos institucionales, la protección de las inversiones realizadas por la institución y la implementación de controles asociados a la prevención de riesgos como lavado de activos, fraude y otras prácticas indebidas. d. Manejo de información confidencial y privilegiada. En el apartado de secreto profesional del Código de Ética y Buen Gobierno (AN-DP-4759_V04) se establece el deber de mantener la reserva y protección de la documentación de trabajo y de la información confidencial bajo custodia de los colaboradores.
Medida 108. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), aprobado por la Junta Directiva, documento que integra las normas, políticas y lineamientos institucionales relacionados con la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno. El PTEE articula el Manual del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOFS), el Código de Ética y Buen Gobierno Institucional, el Protocolo para la Gestión de Conflictos de Interés, el Protocolo de Recepción de Donaciones, el Programa de Formación, Capacitación y Desarrollo y el Reglamento Interno de Trabajo. El programa integra lineamientos relacionados con conflictos de interés, regalos e invitaciones, donaciones, fraude contable, extorsión y demás riesgos asociados a la transparencia y ética empresarial. Cualquier actualización del PTEE se incorpora de manera formal en el documento aprobado por la instancia competente, garantizando su armonización con las políticas institucionales vigentes.

Medida 109. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), construido con fundamento en la evaluación de los riesgos del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOFS) y desarrollado con el acompañamiento de un experto externo, garantizando su alineación con las características, necesidades y perfil de riesgo institucional. El diseño del PTEE se fundamentó en una evaluación exhaustiva de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (COF y Soborno) identificados en el marco del Sistema SICOFS, así como en otros riesgos que la institución busca mitigar. Para su construcción, el Hospital contó con el acompañamiento de un experto en la materia, quien apoyó la definición de los componentes del programa de acuerdo con las necesidades y características de la organización. La actualización del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) fue aprobada por la Junta Directiva del Hospital en junio de 2024, dando cumplimiento al requisito de aprobación por el máximo órgano de dirección.
Medida 110. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), el cual define expresamente las funciones, responsabilidades y facultades de los actores involucrados en el diseño, implementación, ejecución y seguimiento del programa. En el numeral 7.3 Roles y Responsabilidades, el PTEE establece las funciones específicas de la Junta Directiva, Representante Legal, Oficial de Cumplimiento, Revisor Fiscal, Auditor Interno y trabajadores, frente a la gestión y cumplimiento del programa. Las responsabilidades y reglas de actuación se encuentran formalmente documentadas, permitiendo orientar la conducta de colaboradores, administradores y demás partes interesadas en materia de transparencia, ética empresarial y gestión de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

Medida 111. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), el cual establece compromisos institucionales, mecanismos disciplinarios y estrategias de comunicación para promover una cultura de cero tolerancia frente a la corrupción, opacidad, fraude y soborno. a. Compromiso institucional frente al riesgo de COF y soborno. El numeral 7.2 del PTEE establece que el Hospital cuenta desde 2018 con una Política Anticorrupción y Antisoborno, reafirmando el compromiso institucional de cero tolerancia frente a actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno. b. Acciones frente al incumplimiento del PTEE. El numeral 7.4 Régimen Sancionatorio establece que el incumplimiento de las disposiciones del programa constituye falta grave. Adicionalmente, el Reglamento Interno de Trabajo determina que el incumplimiento de las políticas y procedimientos del Subsistema SICOFS podrá dar lugar a la terminación del contrato con justa causa. c. Estrategia de comunicación y divulgación. El PTEE contempla mecanismos de divulgación interna mediante Intranet, Carteleras, NOTIPS, Formación Interna y Equipos Primarios, garantizando el conocimiento del programa por parte de los colaboradores. Para los grupos externos, la divulgación se realiza, entre otros mecanismos, mediante la declaración de conflictos de interés exigida a proveedores y terceros. I y II. Divulgación del compromiso y consecuencias del incumplimiento. Los mecanismos de comunicación definidos en el PTEE permiten divulgar el compromiso institucional frente a la prevención de prácticas corruptas, así como informar a colaboradores, directivos y partes interesadas sobre las obligaciones, beneficios y consecuencias derivadas del incumplimiento del programa.

Medida 112. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE. 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.	**Cumple**	La institución cumple la presente medida mediante el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), el cual establece en el numeral 7.3.3 al Oficial de Cumplimiento como responsable de la administración del programa y define expresamente sus funciones y responsabilidades. El numeral 7.3.3 del PTEE designa al Oficial de Cumplimiento como responsable de la administración del Programa de Transparencia y Ética Empresarial. En dicho numeral se encuentran documentadas las funciones específicas del cargo, incluyendo la articulación del PTEE con las políticas de riesgo institucionales, el seguimiento a su cumplimiento y la evaluación periódica de su efectividad. Las responsabilidades, facultades y reglas de actuación asociadas a la administración del programa se encuentran formalmente definidas dentro del PTEE, garantizando la adecuada gestión de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.