

INFORME PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR EXTERNA 003
Institución Vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud

1 := Si la respuesta es "Si se cumple".

0 := Si la respuesta es "No se cumple".

N := Si la respuesta es "No aplica".

Medidas	Respuesta a la adopción de la medida	Explicación de la adopción o no de la medida
<p>Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así por los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otras.</p>	1	La Entidad cuenta con el Estatuto interno de la Junta Directiva Resolución 002 Enero del 2005
<p>Medida 2. La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención a relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones a plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Máxima Organo Social.</p>	1	La institucion cuenta con Cronograma de reuniones de junta directiva actas de las reuniones acceso a la pagina web institucional

<p>Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad no aplica, no se cuenta con Asamblea General.</p> <p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p>
<p>Medida 4. La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad no aplica, no se cuenta con Asamblea General.</p> <p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p>

<p>Medida 5. La convocatoria a las reuniones del Máximo Organo Social se realiza, como minimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El orden del día, evitando menciones genéricas. b. El lugar especifico, fecha y hora de la reunión. c. Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece. d. El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar. e. Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto. 	N	<p>La Entidad no aplica, no se cuenta con Asamblea General.</p> <p>La Entidad se rige segun la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofia en una Empresa Social del Estado</p>
<p>Medida 6. Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del dia establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del dia una secuencia lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre si, hecho que deberá ser advertido.</p>	N	<p>La Entidad no aplica, no se cuenta con Asamblea General.</p> <p>La Entidad se rige segun la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofia en una Empresa Social del Estado</p>

<p>Medida 7. Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no unicamente por la Junta Directiva, entre ellos:</p> <p>Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social.</p> <p>La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia.</p> <p>La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social.</p> <p>Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad.</p> <p>Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas</p>	<p>N</p>	<p>La institución no cuenta con una Asamblea general, en la actualidad la entidad se rige de acuerdo al estatuto interno Resolución 002 de enero de 2005</p>
<p>Medida 8. Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.</p>	<p>N</p>	<p>La institución no cuenta con una Asamblea general, en la actualidad la entidad se rige de acuerdo al estatuto interno Resolución 002 de enero de 2005</p>

<p>Medida 9. La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.</p>	<p>N</p>	<p>La institución no cuenta con una Asamblea general, en la actualidad la entidad se rige de acuerdo con el Decreto 1876 de 1994 y a los estatutos internos Resolución 002 de enero de 2005 y el Acuerdo 005 de 2012</p>
<p>Medida 10. El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados.</p>	<p>N</p>	<p>La institución no cuenta con una Asamblea general, en la actualidad la entidad se rige de acuerdo al estatuto interno Resolución 002 de enero de 2005</p>

<p>Medida 11. Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular.</p> <p>El Máximo Organo Social se encarga entre otras actividades de:</p> <p>a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos.</p> <p>b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria a extraordinaria.</p> <p>c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales.</p> <p>d) Considerar los informes de los administradores o del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del Revisor Fiscal.</p> <p>e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.</p> <p>f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.</p>	<p>N</p>	<p>La institucion no cuenta con una Asamblea general, en la actualidad la entidad se rige de acuerdo al estatuto interno Resolucion 002 de enero de 2005</p>
<p>Medida 12. La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige segun la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofia en una Empresa Social del Estado</p>

<p>Medida 13. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus Organos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno —Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia - los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>La institución cuenta con el Organigrama funcional aprobado mediante Acuerdo 003 de 10 de junio de 2015</p>
---	----------	--

<p>Medida 14. Baja la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas, que regula:</p> <p>La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender.</p> <p>El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios.</p> <p>C) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas.</p> <p>Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros.</p> <p>Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros.</p> <p>La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos.</p> <p>La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas.</p> <p>Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos.</p> <p>La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p>
---	----------	---

<p>Medida 15. Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Organo Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.</p>	<p>1</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>Se encuentra establecido en el Código de Buen Gobierno aprobado mediante Resolución 204 del 26 de diciembre de 2016</p>
<p>Medida 16. Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p>

<p>Medida 17. Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <p>Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico.</p> <p>Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario.</p> <p>Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad.</p> <p>Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.</p> <p>Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación.</p> <p>Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación.</p> <p>Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables.</p> <p>Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor.</p> <p>Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores.</p> <p>Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la</p>	1	<p>Las funciones de la junta directiva están establecidas en estatuto Interno Resolución 002 del 2005 teniendo en cuenta el Decreto 1876 del 1994 Artículo 11</p> <p>La orientación estratégica se encuentra en la plataforma estratégica de la institución</p> <p>Encuestas de satisfacción cliente interno y externo</p> <p>Plan Bienal Plan de inversiones Presupuesto</p> <p>Riesgos institucionales y de corrupción</p> <p>Plan de Desarrollo Planes de acción Planes de mejoramiento</p> <p>Periodicamente se realizan seguimientos a las políticas</p>
--	---	---

<p>Medida 18. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: Política de inversiones en activos de la entidad. Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. C) Transacciones con bienes inmobiliarios. Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.</p>	<p>1</p>	<p>Las funciones de la junta directiva están establecidas en el Estatuto Interno Resolución 002 del 2005 teniendo en cuenta el Decreto 1876 del 1994 Artículo 11</p>
<p>Medida 19. Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>La conformación de la junta directiva está establecida en el Estatuto Interno de la Junta Directiva Resolución 002 Enero del 2005, teniendo en cuenta el Decreto 1876 del 1994</p>
<p>Medida 20. La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta.</p>	<p>1</p>	<p>Se encuentra en el Estatuto Interno de la Junta Directiva, teniendo en cuenta el Decreto 1876 del 1994 Resolución 002 Enero del 2005</p>

<p>Medida 21. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiéndose por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (a reelegido)</p> <p>Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido.</p> <p>En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>	1	<p>Se cuenta con las actas de nombramiento de los miembros de la junta directiva y se verificará que cumpla con los criterios de la medida.</p> <p>Adicionalmente se da cumplimiento a lo establecido en el acuerdo 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>
---	---	--

<p>Medida 22. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>C) Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el estatuto interno Resolución 002 Enero del 2005</p> <p>Se da cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994 Art (6y7)</p> <p>La junta directiva esta conformada de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>
<p>Medida 23. El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el estatuto interno Resolución 002 Enero del 2005</p> <p>Se da cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994</p> <p>La junta directiva esta conformada de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>

<p>Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el estatuto interno Resolución 002 Enero del 2005 Se da cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994 Art (6y7) La junta directiva esta conformada de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>
<p>Medida 25. Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:</p> <p>Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. 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. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>La institución cuenta con el estatuto interno Resolución 002 Enero del 2005</p>

<p>Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none">- 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente.- 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes.- 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes.- 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.	1	<p>La institución cuenta con el estatuto interno Resolución 002 Enero del 2005</p> <p>Se da cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994 Art (6y7)</p> <p>La junta directiva esta conformada de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>
---	---	--

<p>Medida 27. La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos: Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva.</p> <p>I. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.</p> <p>Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>C) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p>	<p>0</p>	<p>Se llevará a junta directiva el análisis de la pertinencia sobre la implementación de la medida, puesto que existen procedimientos para el monitoreo y evaluación de procesos y divulgación de resultados, así como su presentación ante la Junta Directiva, sin embargo no se tiene conformado un Comité que asesore directamente a la Junta Directiva. Existe el Comité Institucional de Gestión y Desempeño pero asesora en general a la Institución</p>
<p>Medida 28. La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p>	<p>1</p>	<p>Se da cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994 Art (6y7)</p>

<p>Medida 29. La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el Órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.</p>	<p>N</p>	<p>La Institucion al no contar con una Asamblea General, no centraliza o cordina el proceso de conformacion del organo de administracion.</p> <p>La Entidad se rige segun la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofia en una Empresa Social del Estado</p> <p>La intitución cuenta con el estatuto interno Resolucion 002 Enero del 2005</p>
<p>Medida 30. El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.</p>	<p>N</p>	<p>De Acuerdo al estatuto interno Resolucion 002 Enero del 2005 la máxima autoridad jerarquica de la entidad es la junta directiva</p>
<p>Medida 31. Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de maxima transparencia, y no en el interés particular de algUn miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada.</p> <p>Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de onfidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reu niones.</p>	<p>1</p>	<p>Las posesiones de los miembros de la junta directiva se llevan a cabo de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>

<p>Medida 32. La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organizacion 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 Organo Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.</p>	<p>1</p>	<p>El reglamento interno de la junta directiva se encuentra establecido en el estatuto aprobado mediante Resolucion 002 de enero de 2005</p>
<p>Medida 33. El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con cronograma de reuniones para la junta directiva</p>
<p>Medida 34. La Junta Directiva sesiona minima cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>De acuerdo a lo establecido en el estatuto interno Resolucion 002 de enero de 2005 la junta directiva tiene establecido el número de sesiones a llevar a cabo en el año, La entidad cuenta con cronograma de reuniones para la junta directiva</p>
<p>Medida 35. El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.</p>	<p>1</p>	<p>La junta directiva recibe con antelación la información de acuerdo a lo establecido en el acuerdo nro 005 del 27 de diciembre de 2012.</p>

<p>Medida 36. Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.</p>	0	Se analizará la medida y se tomarán decisiones de acuerdo a los resultados
<p>Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.</p>	1	Actas de junta directiva.
<p>Medida 38. La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.</p>	1	La junta directiva delega al gerente para este tipo de actividades.
<p>Medida 39. Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, Si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes a actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control</p>	1	Se encuentran los actos administrativos mediante Resoluciones y las actas de Los comités.

<p>Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.</p>	1	<p>La junta directiva delega al gerente para este tipo de actividades.</p> <p>Se encuentran los actos administrativos mediante Resoluciones y las actas de Los comités.</p>
<p>Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.</p>	1	<p>Mediante los actos administrativos que definen los comites se estructura el cronograma de sesiones para cada vigencia</p>

<p>Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.</p>	1	<p>La Entidad no es un grupo empresarial, solo cuenta con un gerente y no existe la figura de director independiente</p> <p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>La institución cuenta con el estatuto interno de Junta Directiva mediante la Resolución 002 Enero del 2005 y da cumplimiento en cuanto a la conformación de la Junta, lo estipulado por el Decreto 1876 de 1994.</p>
--	---	--

<p>Medida 43. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.</p>	<p>1</p>	<p>Existe un comite de Gestion y mejora de la calidad con sus respectivos actos administrativos, con el fin de asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.</p> <p>Se cuenta con comité de gestion y desempeño encargado de MIPG</p>
<p>Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario.</p> <p>Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna.</p> <p>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 Organismo de Administración existente.</p>	<p>0</p>	<p>El análisis de la medida se llevará a la junta directiva para que se tomen las acciones correspondientes.</p> <p>La institución cuenta con un Comité Institucional Coordinador de Control Interno, constituido a través de la gerencia con su respectivo acto administrativo mediante Resolución 149 de 2017</p>

<p>Medida 45. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <p>Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.</p> <p>Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.</p> <p>Proponer para aprobación de la Junta Directiva u Órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.</p> <p>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 Sd, incluyendo la gestión de riesgos.</p> <p>Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre a custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.</p> <p>Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios.</p> <p>Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad.</p> <p>Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información</p>	<p>0</p>	<p>El análisis de la medida se llevará a la junta directiva para que se tomen las acciones correspondientes.</p>
<p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	<p>0</p>	<p>El análisis de la medida se llevará a la junta directiva para que se tomen las acciones correspondientes.</p>

<p>Medida 47. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos de gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo. En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	0	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>El análisis de la medida se llevará a la junta directiva para que se tomen las acciones correspondientes.</p>
--	---	--

<p>Medida 48. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <p>Propender por que los miembros del Máximo Organo Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse.</p> <p>Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo.</p> <p>Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Organo Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores.</p> <p>Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.</p> <p>Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.</p> <p>Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad.</p> <p>l) Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado</p> <p>El análisis de la medida se llevará a la junta directiva para que se tomen las acciones correspondientes.</p>
--	----------	--

<p>Medida 49. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composiciOn interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuarla o economla o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economla 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 poiltica y estrategia de la gestiOn de riesgos de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>No se tiene comité de riesgos, a la fecha todo se lleva de acuerdo al Decreto 1499 de 2017 y los otros comites se manejan por separado (Se cuenta con comites de infecciones, vigilancia epidemiologica, de historias clinicas, farmacia, manifestaciones, gestion y desempeño, gestion de SARLAF).</p>
<p>Medida 50. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes: Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologias 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 periodicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institucion relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clinicas, infecciones, y farmacia. Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente. Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).</p>	<p>1</p>	<p>No se tiene comité de riesgos, a la fecha todo se lleva de acuerdo al Decreto 1499 de 2017 y los otros comites se manejan por separado (Se cuenta con comites de infecciones, vigilancia epidemiologica, de historias clinicas, farmacia, manifestaciones, gestion y desempeño, gestion de SARLAF).</p>

<p>Medida 51. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	1	En la entidad contamos con el comité de etica el cual hace sus veces en comparacion con el comité de conducta
<p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. 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.</p>	0	Se revisaran y se ajustaran las funciones que den cumplimiento a la medida
<p>Medida 53. El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.</p>	0	Se revisaran y se ajustaran las funciones que den cumplimiento a la medida

<p>Medida 54. El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)</p>	0	Se revisaran y se ajustaran las funciones que den cumplimiento a la medida
<p>Medida 55. Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define politicas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:</p> <p>Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas.</p> <p>Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>C) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.</p> <p>Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.</p> <p>Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.</p> <p>Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).</p> <p>Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes</p> <p>Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (coma descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).</p> <p>I) Otras areas de alto riesgo, coma contribuciones politicas ilegales, conflictas</p>	0	Se revisaran y se ajustaran las funciones que den cumplimiento a la medida

<p>Medida 56. La entidad incluye como97/ minimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:</p> <p>Autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organizacion, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarias, detectar desviaciones y efectuar correctivas en el ejercicia y cumplimiento de sus funciones, asi coma para mejorar sus tareas y responsabilidades.</p> <p>En consecuencia, sin perjuicia de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de politicas y en la ordenación del diseño de la estructura del Sd, 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 lmites por ella establecidos.</p> <p>Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organizacion para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.</p> <p>Autoqestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.</p> <p>Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los</p>	1	<p>En la Institucion siempre se ha dado cumplimiento al Sistema de Control Interno a la fecha se esta implementando lo establecido en el DECRETO 1499 del 2017, que integra y articula el Modelo Estandar de Control Interno - MECI</p>
---	---	---

<p>Medida 57. La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p>	1	En la Institución siempre se ha dado cumplimiento al Sistema de Control Interno, a la fecha se esta implementando lo establecido en el DECRETO 1499 del 2017 que integra y articula el Modelo Estandar de Control Interno - MECI
---	---	--

<p>Medida 58. En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <p>a) Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.</p> <p>Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.</p> <p>c) Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI.</p> <p>d) Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.</p>	1	<p>Se cuenta con el Código de Ética y Buen Gobierno encontrándose alineada con la plataforma estratégica</p> <p>En la Institución siempre se ha dado cumplimiento al Sistema de Control Interno, a la fecha se está implementando lo establecido en el DECRETO 1499 del 2017 que integra y articula el Modelo Estándar de Control Interno - MECI</p> <p>El comité de gestión y desempeño apoya con estas funciones</p>
--	---	--

<p>Medida 59. La entidad adelanta como minimo los siguientes procedimientos respecto a la gestiOn de riesgos:</p> <p>a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.</p> <p>Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valaración, teniendo en cuenta los factores propios de su entomb y la naturaleza de su actividad. Las categorias de riesgos incluirán coma minima los riesgos en salud, los riesgos económic¹⁹, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiacion del terrorismo.</p> <p>Medir la probabilidad de acurrencia 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.</p> <p>Identificar y evaluar con criteria conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.</p> <p>Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.</p> <p>Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad</p>	1	<p>Los riesgos de corrupción e institucionales, se aplican teniendo en cuenta la metodología de la funcion publica Se tiene cuentan los riesgos del SARLAF.</p>
---	---	---

<p>Medida 60. La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las areas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:</p> <p>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</p> <p>Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y aoperacion 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 adquisiciôn, desarrollo y mantenimienta del software.</p> <p>C) Controles deaplicación, 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, asi como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.</p> <p>Limitaciones de acceso flsico a las distintas areas de la organizaciOn, y</p>	1	Se cuenta con diferentes informes en los cuales se analiza y monitorean los resultados de la entidad hacia el logro de los objetivos
--	---	--

<p>Medida 61. Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen, controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.</p> <p>La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <p>Identificar la información que se recibe y su fuente.</p> <p>Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.</p> <p>C) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.</p> <p>Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.</p> <p>Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.</p>	1	<p>La entidad cuenta con políticas de seguridad de la información, el PETI y estrategias que permiten cumplir Manual de políticas de seguridad informática política de gerencia de la información</p>
---	---	---

<p>Medida 62. Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan</p>	<p>1</p>	<p>La entidad tiene establecido lo de transparencia y acceso a la información en la página web Gobierno digital Ley 1712 de 2014 operación del comité de gobierno en línea procesos y procedimientos de gestión documental</p>
<p>Medida 63. A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p>	<p>1</p>	<p>La Resolución 1995 de 1999 la cual, nos rige como entidad de salud, en la reserva de historia clínica, manual institucional de historia clínica, comité de historia clínica, Ley de transparencia y acceso a la información, implementación de ley de tratamiento de datos personales de acuerdo al cronograma normativo, acceso controlado por</p>
<p>Medida 64. A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adicionalmente, 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 unos y otros, siguiendo la dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad no forma parte de un grupo empresarial ni cuenta con partes vinculadas.</p>

<p>Medida 65. Los administradores de la entidad definen politicas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con la Resolución 087 de 2016 política de gerencia y seguridad de la información, manual de políticas de seguridad informática</p>
<p>Medida 66. Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.</p>	<p>1</p>	<p>Procesos de inducción y reinducción en las que se le da a conocer a todos los colaboradores su responsabilidad en el sistema de control interno.</p> <p>Se cuenta con diversos canales para comunicar la información página web, boletines institucionales, intranet, correo electrónico</p> <p>Plan de Gerencia de la información</p>

<p>Medida 67. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: Canales de comunicacion. Responsables de su manejo. C) Requisitos de la información que se divulga. Frecuencia de la comunicación. Responsables. Destinatarios. 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 organizacion revela al publico.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con el manual de comunicaciones, plan de comunicación, plan de participacion ciudadana</p> <p>Plan de Gerencia de la informacion</p>
<p>Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervision continua que realizan los jefes o llderes de cada area 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 periodicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u Organó 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</p>	<p>1</p>	<p>Se encuentran caracterizados los procesos de control interno de gestion, garantia de calidad y auditoria medica, que ejecutan el plan de auditoria y se cuenta con los seguimientos y evidencias de su cumplimiento</p>

<p>Medida 69. La entidad utiliza empresas de Auditoria Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluacion y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloria Interna, y haciéndoles seguimiento.</p>	<p>0</p>	<p>La entidad ha contratado auditorias externas para temas especificos.</p> <p>Se analizara la pertinencia de contrar auditorias externas para evaluar el sistema de control interno</p>
<p>Medida 70. La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloria, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoria o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantia de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con autoevaluaciones de habilitacion, acreditacion, plan de auditoria, autodiagnosticos del Modelo integrado planeacion y gestion, ejecucion de planes de accion y mejorameinto.</p>
<p>Medida 71. Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoria para la garantia de la calidad, la revision y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes</p>	<p>1</p>	<p>La Entidad cuenta con el Plan de gestion gerencial aprobada mediante Resolucion 710 del 2013, 743 del 2014 y la 408 del 2018</p>

<p>Medida 72. La Junta Directiva u Organó equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.</p> <p>Tales políticas se refieren, cuando menos a:</p> <p>Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar.</p> <p>Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos.</p> <p>C) Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente.</p> <p>Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción.</p> <p>Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios.</p> <p>Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con diferentes comités : de gerencia, gestión y desempeño, control interno, gestión y mejora de la calidad</p>
---	----------	---

<p>Medida 73. Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	<p>1</p>	<p>Se tiene documentado el proceso de gestión financiera.</p> <p>La Entidad cuenta con el Plan de gestión gerencial aprobada mediante Resolución 710 del 2013, 743 del 2014 y la 408 del 2018</p> <p>Políticas NIF</p>
<p>Medida 74. Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.</p>	<p>1</p>	<p>Se tiene documentado el proceso de gestión financiera.</p> <p>La Entidad cuenta con el Plan de gestión gerencial aprobada mediante Resolución 710 del 2013, 743 del 2014 y la 408 del 2018</p> <p>Políticas NIF</p>

<p>Medida 75. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <p>Supervisión de los procesos contables.</p> <p>Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables.</p> <p>C) Presentación de informes de seguimiento.</p> <p>Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento.</p> <p>Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas.</p> <p>Supervisión continua de los Sistemas de Información.</p> <p>Autorización apropiada de las transacciones por los Organos de dirección y administración.</p> <p>Autorización y control de documentos con información financiera.</p> <p>i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con el manual de políticas contables aprobado mediante Resolución 127 de 2017 Manual de políticas de seguridad informática, procesos y procedimientos de gestión financiera.</p>
<p>Medida 76. La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con la política de Administración de TICs. Plan estratégico de TI-PETI, Manual de políticas de seguridad informática, política de gerencia y seguridad en la información, plan de gerencia de la información. Cuentan con su respectivo seguimiento para asegurar el cumplimiento</p>

<p>Medida 77. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Administración de proyectos de sistemas. 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. Seguridad de los sistemas. Capacitación y entrenamiento de usuarios. I) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación. <p>Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.</p>	1	<p>La entidad cuenta con un plan estratégico de TI -PETI y Plan de contingencia informático que incluye las variables de la medida</p>
---	---	--

<p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Organó,</p> <p>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 organó equivalente es la instancia responsable de:</p> <p>Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera.</p> <p>Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya.</p> <p>Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo.</p> <p>Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización.</p> <p>Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto.</p> <p>Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento.</p> <p>Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Organos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que</p>	1	<p>La Entidad cuenta con el Estatuto interno de junta directiva Resolución 002 Enero del 2005</p> <p>Actas de junta directiva donde se pueden apreciar diferentes lineamientos</p>
--	---	--

<p>Medida 79. En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:</p> <p>Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</p> <p>Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.</p> <p>Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.</p> <p>Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</p> <p>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.</p> <p>Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.</p>	1	<p>En los actos administrativos (Resoluciones) donde son aprobados procesos, procedimientos, manuales, políticas, guías y protocolos</p>
--	---	--

<p>Medida 80. El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposicion del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás organos de supervision o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementaci3n del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y</p>	1	<p>En los actos administrativos (Resoluciones) donde son aprobados procesos, procedimientos, manuales, politicas, guías y protocolos. Toda la informacion ha estado disponible a entes de vigilancia y control</p>
<p>Medida 81. Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloria interna est3n formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado par la Junta Directiva u 3rgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la funci3n y responsabilidad de a actividad de contraloria interna, su posici3n dentro de la organizaci3n y la autorizaci3n al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros</p>	1	<p>Se encuentra la caracterizacion del proceso de Control Interno de Gestion</p>
<p>Medida 82. La actividad de contraloria interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a trav3s de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses. Si la independecia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ye comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento</p>	1	<p>La actividad de control interno cumple los requisitos de la medida, en la actualidad esta en proceso de aprobacion el estatuto de auditoria y codigo de etica del auditor</p>
<p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u organo equivalente.</p>	1	<p>Siendo Entidad descentralizada del orden territorial la responsabilidad es del gobernador, conforme a la Ley 1474 de 2011</p>

<p>Medida 84. Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con Manual de competencias específicas laborales que exigen perfiles idóneos para la planta de cargos garantizando la pericia y debido cuidado profesional</p>
<p>Medida 85. El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con el Sistema de Gestión de calidad institucional, con uno de sus componentes denominado PAMEC (programa de auditoría para mejoramiento de la calidad)</p>

<p>Medida 86. El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organizacion, para 10 cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:</p> <p>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 contraloria interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva.</p> <p>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 Contraloria Interna, para la adecuada revision y aprobacion. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos.</p> <p>C) Politicas: Establece politicas y procedimientos para guiar la actividad de contraloria interna, en pro de asegurar la adecuada ejecucion de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros Organos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos.</p> <p>d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administracion frente a estas comunicaciones.</p>	<p>1</p>	<p>Los planes establecidos se encuentran soportados en los objetivos de la entidad entre los cuales se tiene: Plan integral de auditorias, Plan de Desarrollo, planes de accion, planes de mejoramiento. Se cuenta con recurso humano, tecnico y financiero para la adecuada gestion de la actividad.</p> <p>Se tiene establecido el proceso, procedimientos, politicas que conllevan a la minimizacion de riesgos y a la duplicidad de esfuerzos. Evidencias de informes emitidos por control interno y auditoria interna</p>
---	----------	--

<p>Medida 87. La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> <p>Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva.</p> <p>Sistema de Control Interno: La actividad de contraloría interna asiste a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad.</p> <p>Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización.</p> <p>El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado.</p> <p>Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe contiene por lo menos lo siguiente:</p>	1	<p>La institución cuenta con una política de gestión de riesgos, mapas de riesgos, seguimientos a los controles institucionales (administrativos y asistenciales).</p> <p>Se cuenta con programas de auditorías, los respectivos informes y los planes de mejoramientos derivados de las auditorías.</p> <p>Se realiza la evaluación por dependencia</p> <p>Se tiene un ciclo de mejoramiento continuo dentro de la institución</p>
---	---	---

<p>Medida 88. El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestion de Riesgos implementados a fin de emitir la opinion a la que se refiere. Para el caso especifico de IPS, se sigue Jo previsto en el articulo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen.</p> <p>El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independecia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IFS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>De otra parte, cuando la revisoria fiscal es una persona juridica, la</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con un Revisor un revisor fiscal designado por la junta directiva y la vinculación se lleva a cabo de acuerdo al manual de contratación institucional a través de un contrato de prestación de servicios</p>
<p>Medida 89. En las Audiencias Publicas 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 par el ejercicio del proceso veedor</p>	<p>1</p>	<p>La Rendición de cuentas se presenta de acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública en donde se presenta una información integral de la institución, se convoca por diferentes medios de comunicación y el resultado se publica en la página web, en la página de la Supersalud y la Contraloría General</p>

<p>Medida 90. La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <p>Coordinación de actividades de salud pública. Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos. Sistema de atención al usuario. Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor. Esta medida aplica Únicamente para las Instituciones Prestadoras de</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con un Representante legal que se encarga de dar cumplimiento a los items relacionados en la medida</p>
<p>Medida 91. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunion:</p> <p>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. Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunion.</p>	<p>0</p>	<p>La medida será analizada por la institución</p>
<p>Medida 92. La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Así mismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia</p>	<p>1</p>	<p>Se da cumplimiento a la actividad con la periodicidad establecida en la norma, se cuenta con las evidencias de los envíos oportunamente.</p>

<p>Medida 93. La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo medico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.</p>	<p>1</p>	<p>La junta directiva ha aprobado el estatuto y manual de contratación, especificando lineamientos para la selección de personal, al cual se le da cumplimiento al momento de llevar a cabo selección. Las necesidades del servicio se realizan por medio escrito en formato institucional.</p>
<p>Medida 94. La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con el estatuto y manual de contratación, especificando lineamientos para la realización de las compras de bienes y servicios.</p>

<p>Medida 95. La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. La información que se debe revelar. La forma como se debe revelar esa información. A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders). En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.</p>	<p>1</p>	<p>La política de revelación se encuentra documentada y aprobada mediante Resolución 127 de septiembre de 2017 se cuenta con la matriz de exigibilidades</p>
<p>Medida 96. La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con auditoría interna que realiza una evaluación independiente de la calidad de los datos reportados.</p>

<p>Medida 97. La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, Util para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vlnculos o enlaces:</p>	<p>1</p>	<p>La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución, la evidencia se encuentra a través del siguiente enlace http://www.santasofia.com.co/ss/</p>
<p>Medida 98. La pagina web de la entidad incluye informaciôn sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre: Servicios habilitados y en operación. Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, asi coma de resultados en salud. Información sobre el recurso humano de la institución. Actividades de promoción y prevención de la salud. Las tarifas minimas y máximas par tipo de pagador, presentando las principales estadlsticas descriptivas en cada uno.</p>	<p>1</p>	<p>La información se puede verificar mediante el siguiente link http://www.santasofia.com.co/ss/index.php/template</p>
<p>Medida 99. La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>1</p>	<p>La información se puede verificar mediante el siguiente link http://www.santasofia.com.co/ss/index.php/presupuesto</p>

<p>Medida 100. La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junta con el resto de documentos de cierre de ejercicio.</p> <p>Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p>	0	La medida se analizará debido a que en la actualidad la Entidad presenta el informe del Plan de gestión gerencial Resolución 710 del 2013, 743 del 2014 y la 408 del 2018
--	---	---

<p>Medida 101. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema: Estructura de la propiedad de la entidad a Grupo Empresarial. Capital y estructura de la propiedad de la entidad. Identidad de los miembros del Maxima Organo Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores a igual al 5%), directas e indirectas. Información de las acciones de las que directamente (a titulo personal) a indirectamente (a través de entidades u otros vehiculos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen. Relaciones de Indole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre si. Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad. Sintesis de los acuerdos entre miembros del Maxima Organo Social de los que se tenga conocimiento. Acciones propias en poder de la entidad Estructura de la administracion de la entidad a Grupo Empresarial. Composición de la Junta Directiva e identificación del origen a procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores.</p>	0	<p>La medida se analizará debido a que en la actualidad la La Entidad presenta el informe del Plan de gestion gerencial Resolucion 710 del 2013, 743 del 2014 y la 408 del 2018</p>
---	---	---

<p>Medida 102. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Organo Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna.</p> <p>Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.</p>	<p>1</p>	<p>A la fecha no se han presentado salvedades, en caso de existir, el revisor fiscal lo presentará ante el máximo órgano de la organización, Junta Directiva.</p>
<p>Medida 103. Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado.</p> <p>La entidad no forma parte de un grupo empresarial ni cuenta con partes vinculadas.</p>

<p>Medida 104. En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.</p>	<p>N</p>	<p>La Entidad se rige según la ordenanza 692 de 2012 donde se transforma el Hospital Departamental Santa Sofía en una Empresa Social del Estado.</p> <p>La entidad no forma parte de un grupo empresarial ni cuenta con partes vinculadas.</p>
<p>Medida 105. La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.</p>	<p>1</p>	<p>Código de Ética y Código de Buen Gobierno. Plataforma Estratégica</p>

<p>Medida 106. Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes Ordenes temáticos:</p> <p>Las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.).</p> <p>Direccionamiento estratégico de la entidad.</p> <p>Los principios éticos.</p> <p>Los valores institucionales.</p> <p>Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en la que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros.</p> <p>Política anti-soborno y anti-corrupción de la entidad.</p> <p>Principios de responsabilidad social empresarial.</p> <p>Los mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta.</p> <p>El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.</p>	<p>1</p>	<p>Los lineamientos están establecidos de acuerdo con el Código de Ética y Código de Buen Gobierno Institucional, a los cuales se les realiza las actividades de despliegue. La entidad en la actualidad se encuentra implementando las políticas y dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que incluyen el código de integridad.</p>
<p>Medida 107. Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con: La obligación de informar sobre actuaciones ilegales a sospechosas de los diferentes grupos de interés.</p> <p>El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.</p> <p>La importancia de colaborar con las autoridades.</p> <p>El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>Los lineamientos están establecidos de acuerdo con el Código de Ética y Código de Buen Gobierno Institucional, a los cuales se les realiza las actividades de despliegue. La entidad en la actualidad se encuentra implementando las políticas y dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que incluyen el código de integridad.</p> <p>Gestión de Riesgos</p>