APLICACIÓN MEDIDAS CIRCULAR SUPERSALUD 0000003 DE 2018

CLÍNICA ORLANT 2026

Medidas	Estado	Descripción
Medida 1: La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Maxima Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así par los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ella suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.	Sí Cumple	Se cumple, la Clínica cuenta con estatutos y un Código de Gobierno Corporativo que establecen mecanismos orientados a garantizar la igualdad de trato entre sus miembros, procurando que toda la información sea suministrada de manera equitativa y evitando que alguno de ellos tenga acceso preferencial o exclusivo a información privilegiada.
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 a sugerencias sobre el desarrollo de la entidad a aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Máximo Órgano Social.	Sí Cumple	Se cumple, la Clínica cuenta con mecanismos de acceso permanente dirigido exclusivamente a miembros del Máximo Órgano Social, principalmente se cuenta con la reunión ordinaria, la cual se lleva a cabo anualmente en el curso de los tres (3) primeros meses del año; adicionalmente, se cuenta con las reuniones extraordinarias las cuales se llevan a cabo cuando lo exijan las necesidades imprevistas o urgentes de la Clínica, por convocatoria de la Junta Directiva, del Gerente o del Revisor Fiscal, bien a iniciativa propia o por solicitud obligatoria de accionistas. Estos mecanismos de participación y acceso a la información se encuentran formalmente establecidos y regulados en los estatutos de la entidad. Adicionalmente, la Clínica dispone de canales permanentes de comunicación con los miembros del Máximo Órgano Social, entre ellos, correo electrónico, grupo de WhatsApp y líneas telefónicas celular y fija, que permiten mantener una comunicación oportuna.
Medida 3: La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	Sí Cumple	Se cumple, la clínica cuenta con los estatutos sociales que incluyen el reglamento interno de funcionamiento de la asamblea general.
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.	Sí Cumple	Se cumple, la información es remitida a los accionistas a través del correo institucional de la Secretaría de Junta Directiva. Una vez enviada, los accionistas pueden solicitar su revisión o aclaración cuando lo consideren necesario.

Medida 5: La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos: a) El orden del día, evitando menciones genéricas. b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión. c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en los que la ley lo establece. d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados de los ternas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.	Sí Cumple	Se cumple, la convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, e incluye orden del día, lugar, fecha, hora, derecho de inspección, mecanismos de información y perfiles de candidatos cuando aplica.
Medida 6: Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del día establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del día una secuencia Lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido.	Sí Cumple	Se cumple, el orden del día de las asambleas ordinarias y extraordinarias se estructura por temas específicos, garantizando claridad y coherencia en el desarrollo de las sesiones, conforme a los estatutos y al reglamento de asamblea.
Medida 7: Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos: a) Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social. b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia. c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva. d) La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social. e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad. f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas. Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.	Sí Cumple	Todos los temas contemplados en la norma son decididos por la Asamblea General, cuando resultan aplicables.
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.	Sí Cumple	Se cumple, los estatutos contemplan el derecho de representación, el cual se otorgará por escrito en el que se indique el nombre del apoderado, la persona en quien este puede sustituirlo y la fecha de la reunión para la cual se confiere.

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.	Sí Cumple	Se cumple, toda vez que la entidad promueve el uso responsable de las delegaciones mediante un modelo estandarizado de carta de representación. Asimismo, se otorga un poder amplio y suficiente a cada miembro para ejercer la representación, dejando a su criterio la decisión de hacer uso de dicha facultad.
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.	Sí Cumple	En los estatutos se establece la participación obligatoria del Presidente de la Junta Directiva, lo que permite atender de manera directa las inquietudes y consultas formuladas por los accionistas durante la Asamblea. Adicionalmente, participan el Presidente de los Comités de la Junta Directiva y el Gerente de la Institución, quienes contribuyen a atender las consultas relacionadas con los asuntos tratados.
Medida 11: Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular. El Máximo Órgano Social se encarga entre otras actividades de: a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos. b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria a extraordinaria. c) Examinar, aprobar e improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales. d) Considerar los informes de los administradores y del Representante Legal sobre el estado de los negocios sociales y el informe del Revisor Fiscal. e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas. f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.	Sí Cumple	Se cumple, las funciones del Máximo Órgano Social están definidas en los estatutos de la Institución, en concordancia con la normatividad aplicable. Estas incluyen la aprobación de reformas estatutarias, balances, informes de administración y la vigilancia del cumplimiento de los objetivos institucionales.
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.	No Aplica	No somos un grupo empresarial

Medida 13: Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno – Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia – los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.	No Aplica	No somos un grupo empresarial
Medida 14: Bajo la anterior premisa, la entidad matriz y sus subordinadas han definido un marco de referencia de relaciones institucionales a través de la suscripción de un acuerdo, de carácter público y aprobado por la Junta Directiva de cada una de dichas empresas.	No Aplica	No somos un grupo empresarial
Medida 15: Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.	Sí Cumple	Se cumple, los estatutos incorporan el mecanismo de arbitraje como medio para la resolución de controversias, garantizando solución imparcial y eficiente conforme a la normativa vigente.
Medida 16: Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan IPS constituyen un Comité de Dirección de IPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar.	No Aplica	No somos una caja de compensación familiar

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: a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. f) Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo al análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. i) Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. j) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. k) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva. l) Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. m) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. o) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers". p) Identificar las Partes Vinculadas. q) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia. r) Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad.	Sí Cumple	Se cumple, los estatutos y el reglamento de junta definen las responsabilidades de la junta directiva. La junta se reúne de forma periódica y realiza seguimiento a los indicadores de gestión y calidad.

Medida 18: La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: a. Política de inversiones en activos de la entidad. b. Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. c. Transacciones con bienes inmobiliarios. d. Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. e. Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.	Sí Cumple	Se cumple porque la junta directiva revisa y aprueba periódicamente las políticas institucionales, tales como inversiones, compras, transacciones con bienes, orientación a nuevos miembros y lineamientos de denuncia, conforme al reglamento de junta y agenda típica anual.
Medida 18.1: Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces. a)Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad. b)Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones. c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno. el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos. d)Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad. e)Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios. f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos. g)Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente. h)Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad. i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen. j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente	Sí Cumple	Se cumple, la Junta Directiva aprueba las políticas y metodologías del Sistema de Gestión Integral de Riesgos (SGIR) y de cada subsistema, incluyendo manuales, límites de exposición e indicadores de alerta. Adicionalmente, garantiza recursos y seguimiento a los informes del comité de riesgos y de la revisoría fiscal.

establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo. k)Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique. l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable. m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.		
Medida 19: 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.	Sí Cumple	Se cumple porque la junta directiva está conformada por un numero impar de cinco miembros, lo que facilita la toma de decisiones y asegura el adecuado funcionamiento del gobierno organizacional. Esta conformación se encuentra establecida en el Reglamento de la Junta Directiva.
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.	Sí Cumple	Se cumple porque la clínica exige requisitos adicionales para los directores, tales como experiencia, formación y competencias técnicas, los cuales se verifican antes de su designación conforme al reglamento de Junta Directiva.
Medida 21: Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.	Sí Cumple	Se cumple porque cada miembro de la junta firma una carta de aceptación donde se consignan sus compromisos, deberes, declaración de independencia y conocimiento de los estatutos

Medida 22: La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema: a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado. b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro a grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva. c) Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.	Sí Cumple	Se cumple, la clínica identifica el origen de los miembros de Junta Directiva como independientes, patrimoniales y ejecutivos, conforme a la definición establecida en los estatutos y el reglamento de junta. Actualmente se cuenta con miembros internos y externos debidamente clasificados.
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.	Sí Cumple	Se cumple, según lo descrito en la composición descrita en el reglamento de la Junta Directiva.
Medida 24: En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.	Sí Cumple	Se cumple, de conformidad con los estatutos y según lo descrito en el reglamento de Junta Directiva, el cual establece que este órgano está integrado por cinco (5) miembros principales y cinco (5) suplentes. Dos de los cinco miembros principales tienen la calidad de accionista de la sociedad como miembros patrimoniales y los tres restantes tienen la calidad de independientes, en los términos definidos en el Código de Gobierno Corporativo de la Clínica ORLANT S.A.S.
Medida 25: Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes: a. Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. b. Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación. c. Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.	Sí Cumple	Se cumple, el reglamento de la Junta Directiva contempla un apartado específico que establece las directrices para la identificación, gestión y tratamiento de situaciones de conflicto de intereses en la Clínica. En este se entiende como conflicto de intereses toda situación, vínculo o circunstancia que pueda afectar la objetividad, independencia o imparcialidad de un miembro de la organización en la toma de decisiones a su cargo. Adicionalmente, cada miembro de la Junta Directiva cuenta con la respectiva declaración de conflicto de intereses, mediante la cual manifiesta la existencia o inexistencia de situaciones que puedan configurar un conflicto, para su correspondiente análisis y gestión, cuando haya lugar.

Medida 26: Si la Junta Directiva se compone de: - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.	Sí Cumple	Se cumple, la Junta Directiva está integrada por cinco miembros, de los cuales tres son independientes, cumpliendo con los porcentajes exigidos por la normativa de buen gobierno.
Medida 27: La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos: a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva. i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.	Sí Cumple	Se cumple porque el comité que incluye el componente de gobierno organizacional lidera el proceso de identificación y evaluación de perfiles funcionales y personales requeridos para la junta, asegurando diversidad profesional y equilibrio entre experiencia en salud, finanzas y administración.
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.	Sí Cumple	Se cumple porque la clínica cuenta con un procedimiento interno para verificar inhabilidades e incompatibilidades, mediante la declaración de independencia y la validación de requisitos objetivos y funcionales antes de la elección de los candidatos.
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.	Sí Cumple	Se cumple porque el comité de gobierno organizacional coordina el proceso de conformación de la junta y evalúa la idoneidad de los candidatos antes de su presentación a la asamblea general, conforme a las funciones definidas en su reglamento.
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.	Sí Cumple	Se cumple porque el reglamento de junta directiva establece que la evaluación de idoneidad de los candidatos se realiza previamente a la asamblea general, garantizando que los miembros del máximo órgano social cuenten con información completa sobre la experiencia, trayectoria e integridad de los postulados.
Medida 31: Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada. Así mismo, todos los Directores	Sí Cumple	Se cumple porque al iniciar cada periodo los miembros de junta firman un acuerdo de confidencialidad y una declaración de compromiso para actuar en el interés general de la entidad y proteger la información tratada en las reuniones.

deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.		
Medida 32: La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.	Sí Cumple	Se cumple, la Junta Directiva cuenta con un reglamento interno vigente que define su estructura, funciones, deberes y responsabilidades, aprobado y socializado con el máximo órgano social.
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.	Sí Cumple	Se cumple, el presidente de Junta Directiva y la secretaria elaboran un plan de trabajo anual conforme a la agenda típica, que permite programar y dar seguimiento a los temas estratégicos de la clínica.
Medida 34: La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	Sí Cumple	Se cumple, la Junta Directiva sesiona de forma mensual, garantizando seguimiento permanente a la gestión estratégica y financiera de la entidad.
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.	Sí Cumple	Se cumple, el presidente de Junta y la secretaria garantizan el envío oportuno y completo de la información a los miembros, priorizando la calidad y pertinencia de los documentos para la toma de decisiones.
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 coma la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.	Sí Cumple	Conforme al reglamento de la Junta Directiva, esta evaluará anualmente su desempeño, así como el de cada uno de sus miembros. Será la misma Junta Directiva la que determinará los criterios para la evaluación. Esta podrá hacerse de forma individual o colegiada y alternando su modalidad entre autoevaluación y evaluación externa.
Medida 37: La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	Sí Cumple	Se cumple porque la junta promueve la adopción de estándares de calidad y participa en procesos de referenciación liderados por el área de calidad y mejoramiento continuo de la clínica.
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.	Sí Cumple	Se cumple, el reglamento de Junta faculta a la Junta Directiva para crear los comités necesarios para el adecuado funcionamiento institucional y seguimiento de los objetivos estratégicos.

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.	Sí Cumple	Se cumple, los comités cuentan con reglamento interno, libro de actas y mecanismos de comunicación directa con la Junta Directiva. Los informes se registran y se ponen a disposición de los órganos de control internos y externos.
Medida 40: Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Así mismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.	Sí Cumple	Se cumple, los miembros y presidentes de los comités son designados por la Junta Directiva según los perfiles definidos en el reglamento de Junta.
Medida 41: Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	Sí Cumple	Se cumple, los comités sesionan al menos una vez por trimestre conforme al cronograma establecido en el reglamento de junta, los actos administrativos y los planes de trabajo anuales.
Medida 42: Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.	No Cumple	Los Comités de la Junta Directiva actualmente no cuentan con participación de Directores Independientes.
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.	Sí Cumple	Se cumple, existe un comité que incluye el elemento de mejoramiento de la calidad, el cuál vela por la seguridad del paciente y la mejora continua de los servicios asistenciales.
Medida 44: El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.	Sí Cumple	Se cumple, la Junta establece la existencia del comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, encargado de apoyar la supervisión de controles, riesgos y cumplimiento de políticas internas.

Medida 45: Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos: a) Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. b) Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. c) Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. d) Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos. e) Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre a custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas. f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios. g) Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad. h) Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones. i) Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no solo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos. j) Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad. k) Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones. l) Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. m) Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. n) Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones. o) Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se	Sí Cumple	Se cumple, el Comité desarrollará funciones relacionadas con el control interno, órganos de control, ética médica, relacionamiento con el cuerpo médico y asistencial, información financiera, partes vinculadas, remuneración, Revisor Fiscal y contratación de directivos y personal asistencial.

realicen en condiciones de mercado. p) Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del estudio efectuado. q) Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir varios aspectos. i. Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad. ii. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos. iii. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna. iv. Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión. v. Las observaciones formuladas por los Órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso. vi. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por la misma, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento a área. vii. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno.		
Medida 46: En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.	No Cumple	Los Comités de la Junta Directiva actualmente no cuentan con participación de Directores Independientes.
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.	Sí Cumple	Se cumple. El Reglamento de la Junta Directiva establece el Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, encargado de apoyar a la Junta Directiva en la supervisión de las buenas prácticas de gobierno y en la evaluación de los elementos que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) de la Institución, de conformidad con lo establecido en el acto administrativo que regula su funcionamiento. Adicionalmente, el Comité cuenta con un experto externo y se prevé la participación de invitados externos cuando, de acuerdo con los temas tratados, se considere necesario contar con conocimientos o asesoría especializada.

Medida 48: El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas: a) Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse. b) Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo. c) Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial. d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo Órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial. e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior. g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. h) Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad. i) Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica. j) Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento. k) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencial.	Sí Cumple	Se cumple. El Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional realiza seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno, los lineamientos de la Junta Directiva y los asuntos de ética médica y gobierno organizacional; revisa aspectos financieros y operaciones con partes vinculadas; y participa en la definición de lineamientos para la contratación, remuneración y evaluación de cargos de dirección y control.
Medida 49: El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiologia, un (1) profesional con formación en actuaria o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.	Sí Cumple	Se cumple, la Institución cuenta con el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad, conformado por un equipo interdisciplinario que integra profesionales en salud, finanzas, administración y miembros de Junta Directiva.

Medida 50: Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes: a) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. b) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS. c) Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia. d) Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente. e) Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).	Sí Cumple	Se cumple, el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad desarrollara estrategias de prevención, identificación y mitigación de riesgos asistenciales, financieros y reputacionales, promoviendo la seguridad del paciente y la mejora continua.
Medida 50.1: Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos: a) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar b) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados. c) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. d)Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad. f) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. g)Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de	Sí Cumple	Se cumple, el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad realiza seguimiento periódico al funcionamiento del Sistema de Gestión Integral del Riesgo (SGIR).

exposición para cada uno de los riesgos identificados. h)Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces. i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos: • El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riegos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing). • Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. • Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.”		
Medida 51: 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.	Sí Cumple	Se cumple, el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad está integrado por miembros de alta gerencia en número impar.
Medida 52: Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. d) Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.	Sí Cumple	Se cumple. El Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad promueve y hace seguimiento a estrategias de ética y conducta, apoya la gestión de conflictos de interés y fortalece la divulgación y aplicación de los principios y valores institucionales.
Medida 53: El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas antisoborno y anticorrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.	Sí Cumple	Se cumple, el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad define y divulga las políticas antisoborno y anticorrupción dentro del PTEE y las comunica de forma permanente.
Medida 54: El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).	Sí Cumple	Se cumple porque se designó oficial de cumplimiento y se implementó el PTEE conforme a lineamientos de la secretaria de Salud, la Secretaria de transparencia y UNODC, incluyendo riesgos SARLAFT, SICOF PDP y SIGR.

Medida 55: Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta, este define políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos: a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas. b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural. c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos. d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno. e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones. f) Pagas monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación). g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes. h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (coma descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos). i) Otras áreas de alto riesgo, coma contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el usa de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos a convenios, así coma las prácticas y decisiones concertadas que, directa a indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir a falsear el Juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.	Sí Cumple	Se cumple, el Comité de Riesgos, Conducta y Mejoramiento de la Calidad cuenta con funciones asociadas a la implementar y promover estrategias orientadas al fortalecimiento de la conducta ética, así como de los principios y valores institucionales; y diseño de políticas para la gestión de conflictos de interés con todas las partes interesadas; adicionalmente se cuenta con el PTEE y el código de gobierno, en donde se establecen políticas para prevenir soborno, corrupción, uso de terceros, pagos de facilitación, donaciones y demás conductas de alto riesgo.
Medida 56: La entidad incluye como mínima los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada: Autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades. En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los limites por ella establecidos. Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables. Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.	Sí Cumple	El alcance de las funciones están descritas en el código de ética y conducta; adicionalmente, en los procesos se encuentran las actividades de autocontrol.

Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.		
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.	Sí Cumple	Se cumple, la clínica implementa la estructura del SCI, incluyendo el ambiente de control, gestión de riesgos, actividades de control, información y comunicación y monitoreo, apoyado por el modelo de riesgos y los comités.
Medida 58: En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones: a) Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés. b) Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad. c) Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y Límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI. d) Establecer unos objetivos coherentes y 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. Se entiende por objetivos operativos aquellos que se refieren a la utilización eficaz y eficiente de los recursos en las operaciones de la entidad. Deben reflejar la razón de ser de las organizaciones y van dirigidos a la consecución del objeto social. Los objetivos de reporte o de información consisten en la preparación y publicación de informes de gestión en salud y estándares de resultados en salud, estados financieros y otros informes que divulga la entidad. Los objetivos de cumplimiento se refieren a aquellos que pretenden asegurar el cumplimiento por parte de la entidad de las normas legales y los reglamentos que le sean aplicables. Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica.	Sí Cumple	Se cumple, la alta gerencia define principios, lineamientos de conducta y objetivos coherentes mediante códigos de gobierno y de ética, y los socializa en las jornadas de inducción, de capacitación y demás estrategias de comunicación interna.

Medida 59: La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos: a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas. b) Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán coma mínima los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. c) Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanas, entre otros), así coma sobre su credibilidad y buen nombre, en casa de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa. d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos. e) Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos. f) implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema a proceso y capacidad de retornar a la operación normal. g) Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración. h) Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan Llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el Costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlas, según resulte procedente. i) Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos. j) Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes a acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normativa vigente. k) Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento). Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud y la normatividad vigente en la materia. Estos sistemas de gestión de riesgos específicos antes mencionados, no son independientes del SCI, sino que forman parte integral del mismo.	Sí Cumple	Se cumple, existe una metodología para la gestión integral de todos los riesgos, dicha metodología incluye todo el ciclo: identificación, análisis, evaluación y tratamiento, la cual se implementa de forma paulatina en todos los procesos de la Institución.

Medida 60: La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes: a) Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados a el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales coma deficiencias de control, errores en los informes financieros o en las resultados en salud y adoptar las correctivos necesarios. b) Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software. c) Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema. d) Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información. e) Segregación de funciones. f) Acuerdos de confidencialidad. g) Procedimientos de control aleatorios. h) Difusión de las actividades de control.	Sí Cumple	Se cumple, hay actividades de control transversales: revisiones de alto nivel, controles generales y de aplicación, controles de acceso y segregación de funciones, acuerdos de confidencialidad y procedimientos de verificación, soportados por la Política de seguridad de la información.

Medida 61: Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Así mismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen, controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo. La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información: a) Identificar la información que se recibe y su fuente. b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma. c) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes. d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse. e) Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuentes originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales. f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo. g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada. h) Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo. i) Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros). j) Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda). k) Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia. l) Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros. m) Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento. n) Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.	Sí Cumple	Se cumple, los sistemas de información garantizan seguridad, calidad y cumplimiento mediante políticas y procedimientos, control de errores, respaldos, clasificación de información y prevención de uso de información privilegiada.
Medida 62: Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial a reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.	Sí Cumple	Se cumple, además de la información regulatoria se difunde la necesaria para dirigir y controlar la clínica, protegiendo la información privilegiada, confidencial o reservada mediante políticas de almacenamiento, acceso, custodia y divulgación.

Medida 63: A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente con terceras para fines analíticos, estadísticos a de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique a elimine).	Sí Cumple	Se cumple, el acceso a información clasificada se restringe a sujetos calificados y los datos a nivel individual se emplean solo anonimizados conforme a la Ley 1581, con medidas de seguridad de la información vigentes.
Medida 64: A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.	No Aplica	No somos un grupo empresarial
Medida 65: Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.	Sí Cumple	Se cumple, la entidad cuenta con una política de seguridad de la información, la cual se encuentra divulgada para todos los colaboradores en el gestor documental. Adicionalmente se suscriben acuerdos de confidencialidad para el manejo de información sensible.
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.	Sí Cumple	Se cumple, la comunicación se realiza en cascada para asegurar que cada colaborador comprenda su rol y la interdependencia de sus actividades dentro del SCI.
Medida 67: Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicación. Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, la oportunidad, la veracidad, la suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.	Sí Cumple	Se cumple, la clínica cuenta con boletines internos, comunicados por intranet y canales institucionales definidos para garantizar la calidad, oportunidad y veracidad de la información divulgada, de acuerdo con los procedimientos de comunicación establecidos.

Medida 68: La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría linterna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.	Sí Cumple	Se cumple, con la implementación del área de cumplimiento y los ajustes de procesos con actividades de control, se inició la medición de mejoramiento del autocontrol a través de auditorías internas, fortaleciendo la supervisión continua y la comunicación oportuna de deficiencias a los responsables.
Medida 69: La entidad utiliza empresas de Auditoría Externa para revisar la efectividad del control interno. Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de Contraloría Interna, y haciéndoles seguimiento.	Sí Cumple	La Institución contrata servicios independientes para realizar revisiones específicas en aquellos procesos o servicios en los que se identifican oportunidades de mejora, como es el caso del servicio de call center, actualmente tercerizado.
Medida 70: La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.	Sí Cumple	Se cumple, ORLANT evalúa sistemáticamente la calidad de la atención mediante autoevaluaciones de habilitación, PAMEC, auditorías y seguimiento a indicadores, riesgos y experiencia del usuario. Los resultados se analizan en el Comité de Calidad, de periodicidad mensual, y en los demás comités institucionales, permitiendo identificar desviaciones, priorizar oportunidades de mejora y establecer acciones con responsables, plazos y mecanismos de seguimiento. La Dirección de Calidad acompaña la implementación y verifica el avance y la efectividad de estas acciones, conforme al ciclo PHVA. La Gerencia, en su calidad de representante legal, lidera y respalda este sistema. Sus avances, resultados y oportunidades de mejoramiento se consolidan en el informe de gestión institucional presentado a la Junta Directiva y a la Asamblea General de Accionistas, como insumo para evaluar el desempeño del sistema, orientar decisiones y definir los recursos necesarios para fortalecer la calidad de la atención.

Medida 71: Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.	Sí Cumple	Se cumple, la Gerencia, con apoyo de la Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales, informa a la Junta Directiva sobre auditorías, indicadores de calidad, riesgos y eventos de seguridad relevantes, así como las deficiencias identificadas, las medidas adoptadas y el seguimiento a los planes de mejoramiento. La información integra los avances del PAMEC, los resultados de autoevaluaciones y auditorías internas y externas, el comportamiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente, la gestión de riesgos, los eventos de seguridad relevantes y las principales deficiencias y oportunidades de mejora identificadas. Asimismo, presenta las acciones adoptadas para intervenir los hallazgos y el seguimiento a su cumplimiento y efectividad. Estos reportes se nutren del análisis realizado en el Comité de Calidad y los demás comités institucionales, facilitando que la Junta Directiva conozca los riesgos y resultados de la atención, oriente las decisiones y respalde las medidas y recursos requeridos para superar las deficiencias encontradas y fortalecer el mejoramiento continuo.
Medida 72: La Junta Directiva u órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refirieren, cuando menos a: a) Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c) Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d) Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e) Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios. f) Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.	Sí Cumple	Se cumple, dado que en la agenda habitual de la Junta Directiva se presentan las necesidades y los avances relacionados con el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, incluyendo estándares, procesos y programas de capacitación. Adicionalmente, la Institución cuenta con políticas orientadas a garantizar una atención en salud con calidad, seguridad y humanización, cuyos lineamientos contribuyen al mejoramiento continuo de los servicios.

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.	Sí Cumple	Se cumple, el representante legal es responsable de los sistemas de revelación y control financiero, implementando procedimientos para asegurar la calidad, suficiencia y oportunidad de la información. Los resultados se incluyen en el informe de gestión que se presenta a la junta y a la asamblea general.
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.	Sí Cumple	Se cumple, se cuenta con el Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, el cual se celebra de forma trimestral. No se han identificado deficiencias significativas ni fraudes El representante legal informa a la Junta Directiva los hallazgos que afecten el control interno o la información financiera.
Medida 75: La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continúa de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los Órganos de dirección y Administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera. i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.	Sí Cumple	Se cumple, actualmente se realiza supervisión contable, conciliaciones e informes de seguimiento bajo control de la Dirección Administrativa y Financiera
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.	Sí Cumple	Se cumple, el área de tecnología e información TICS socializa las políticas, procedimientos y controles para asegurar la disponibilidad y seguridad de los sistemas institucionales.

Medida 77: La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables: a) Administración de proyectos de sistemas. b) Administración de la calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación. 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.	Sí Cumple	La Institución cuenta con un área de TICS, encargada de definir responsabilidades en cuanto a tecnología, dar acceso conforme a perfiles, seguridad, continuidad de la operación y mantenimiento de sistemas conforme a buenas prácticas de tecnología.
Medida 78: En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de: a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera. b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya. c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo. d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto. f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento. g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes Órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se	Sí Cumple	Se cumple, las funciones de control interno están definidas en los estatutos y en el reglamento de junta directiva, los cuales se encuentran en proceso de implementación para fortalecer el seguimiento y rendición de cuentas sobre el sistema de control interno.

adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar. h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario. i) Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración. j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos. k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente. l) Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento. m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máxima Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna. n) Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular. Todas las decisiones y actuaciones que se producen en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas constan por escrito en el acta de la reunión respectiva y están debidamente motivadas. La Junta Directiva u órgano equivalente determina la información que debe ser divulgada a los diferentes niveles de la organización, de acuerdo con lo que considera pertinente.		
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: a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI. b) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u Órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos. c) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades. d) Implementar las diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.	Sí Cumple	Se cumple porque las funciones del representante legal están definidas en el perfil del cargo, incluyendo la implementación del SCI, la comunicación de políticas y el establecimiento de mecanismos de control y canales de denuncia. Se encuentra en fase de fortalecimiento operativo.

e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo. f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. h) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. i) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad. j) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada. k) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (Líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad. l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. m) Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos. En general, el Representante Legal es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la correspondiente entidad y su adecuado funcionamiento, para lo cual demuestra la ejecución de los controles que le corresponden.		
Medida 80: El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.	Sí Cumple	Se cumple, existen actas y documentos de soporte que evidencian la gestión del representante legal y la implementación del SCI.

Medida 81: Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.	Sí Cumple	El Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, como comité de apoyo de la Junta Directiva, tiene entre sus funciones la evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) de la Institución. Adicionalmente, el Comité de Calidad y el Manual de Calidad contemplan funciones y actividades de auditoría que, por su naturaleza, implican la revisión, verificación y evaluación de los procesos y controles institucionales, así como el acceso a la información y los registros pertinentes para el desarrollo de dichas actividades.
Medida 82: La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de sus trabajos a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses. Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.	No Cumple	Actualmente, las funciones de auditoría se desarrollan bajo el liderazgo de la Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales y se complementan con actividades de revisión realizadas por la Dirección Administrativa y Financiera, la Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal.
Medida 83: El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.	Sí Cumple	Se cumple. Actualmente, la Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales ejerce las funciones de auditoría interna para la evaluación del Sistema de Control Interno (SCI). No obstante, la entidad tiene previsto fortalecer esta función mediante la designación de un auditor interno que cumpla con los criterios de objetividad e independencia requeridos para el desarrollo de esta labor.
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.	No Cumple	Actualmente, las funciones de auditoría se desarrollan bajo el liderazgo de la Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales y se complementan con actividades de revisión realizadas por la Dirección Administrativa y Financiera, la Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal.
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.	No Cumple	Nos encontramos en fase de implementación.

Medida 86: El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades: a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva. b. Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos. c. Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros Órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos. d. Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.	No Cumple	Actualmente, la clínica no cuenta con una estructura formal de auditoría interna ni con un auditor interno designado, por lo tanto, no se desarrollan aun de manera formal los componentes de planeación anual, requerimiento de recursos, políticas y condiciones de informes descritos en el presente numeral. No obstante, la clínica ha avanzado en el fortalecimiento de su sistema de control interno mediante la conformación del Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, el cual se encuentra formalizado y celebrándose de forma trimestral conforme al plan de trabajo aprobado por la Junta Directiva. Mientras se consolida esta estructura, las funciones de seguimiento y control son ejecutadas de forma articulada entre la Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales y el Oficial de Cumplimiento, quienes realizan revisión periódica de procesos críticos, seguimiento a hallazgos y verificación del cumplimiento normativo, asegurando la continuidad de los mecanismos de autocontrol y mejora.
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: a) Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva. b) Sistema de Control Interno: La actividad de contraloría interna asiste a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad. c) Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización. d) El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado. e) Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos.	No Cumple	Actualmente, la clínica no cuenta con un documento formal aprobado por la Junta Directiva que defina los objetivos, autoridad y responsabilidades de la contraloría interna. Sin embargo, se encuentra formalizado el Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, el cual tiene programado en su plan de trabajo definir dentro de la estructura del Sistema de Control Interno (SCI) los lineamientos, responsabilidades y alcance de la función. Mientras tanto, las labores de control, seguimiento y verificación son desarrolladas de manera articulada entre la Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales y el Oficial de Cumplimiento.

Dicho informe contiene por la menos lo siguiente: i. Identificación de los temas, procesos, áreas a materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno. ii. Especificación respecto a que las Siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u árgano equivalente y mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las Leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución. iii. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno. iv. Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus conclusiones. v. Indicación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones. vi. Relación de las recomendaciones formuladas sobre deficiencias materiales detectadas, mencionando los criterios generales que se tuvieron en cuenta para determinar la importancia de las mismas. vii. Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores. Es de advertir que, si bien resulta viable que la administración de las entidades supervisadas contrate externamente la realización de las actividades propias de la auditoria o contraloría, en ningún caso ello implica el traslado de la responsabilidad sobre la auditoria misma. Es decir, que la administración de la entidad solo entrega la ejecución de la labor más no la responsabilidad misma de la realización de la auditoría, la cual conserva siempre. En tal sentido, la administración de la entidad debe realizar el direccionamiento, administración y seguimiento de la actividad realizada por el tercero, sin delegar la toma de decisiones. Adicionalmente debe garantizarse el acceso permanente de la administración y del supervisor a la información de la auditoría y a los papeles de trabajo, el establecimiento de un plan de contingencias para que no cese la labor en caso de algún problema en la ejecución del contrato, y la independencia entre el Auditor Interno y Externo (si existe este último), teniendo en cuenta que las dos funciones mencionadas no pueden ser desarrolladas por la misma entidad o persona.		

Medida 88: El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue Jo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen. El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la IPS no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales. De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la IPS establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es persona natural se cambia a más tardar cada tres años.	Sí Cumple	Se cumple porque en el informe del revisor fiscal se expone el seguimiento a las actividades de control interno y a los riesgos más críticos de la entidad. La evaluación se realiza conforme a lo establecido en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993, garantizando independencia, rotación periódica y cumplimiento de los criterios establecidos para las IPS.
Medida 89: En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas para el ejercicio del proceso veedor.	No Aplica	Clínica Orlant es una entidad privada.
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: a) Coordinación de actividades de salud pública. b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos. c) Sistema de atención al usuario. d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor. Esta medida aplica Únicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.	Sí Cumple	Se cumple, el Gerente funge como interlocutor institucional ante las secretarias de salud, encargado de coordinar las actividades de salud pública, garantizar el acceso y la calidad de los servicios, y facilitar la comunicación entre las autoridades locales y la junta directiva como segunda instancia.
Medida 91: La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiologia con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión: a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud. b) Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.	Sí Cumple	Se cumple mediante el desarrollo de espacios de rendición de cuentas académica en el marco de las sesiones de la Junta Directiva, en los cuales se presentan y analizan los indicadores relevantes de la gestión de los riesgos en salud y los resultados de las evaluaciones aplicables a los programas institucionales.
Medida 92: La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.	Sí Cumple	Se cumple porque la clínica remite de manera oportuna a la Superintendencia Nacional de Salud la información requerida para la supervisión de la gestión del riesgo en salud, financiero y del sistema de atención al usuario, conforme a las directrices vigentes. Además, se asegura el cumplimiento de todas las instrucciones emitidas por dicho organismo de control.

Medida 93: La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.	Sí Cumple	Se cumple porque la clínica cuenta con un documento aprobado que define los criterios, requisitos y perfiles necesarios para la vinculación del cuerpo médico, contemplando especialidades, experiencia y las necesidades del servicio. Este procedimiento garantiza transparencia y selección basada en mérito y pertinencia asistencial.
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.	Sí Cumple	Se cumple porque existe un Manual de proveedores y un procedimiento de compras que definen los criterios y procedimientos para la adquisición de bienes y servicios. La política establece responsables, atribuciones y mecanismos de pluralidad de oferentes, así como comparaciones de ofertas bajo criterios predefinidos que promueven la transparencia y eficiencia en la gestión contractual.
Medida 95: La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: a) Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. b) La información que se debe revelar. c) La forma como se debe revelar esa información. d) A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stake holders). e) En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de f) Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. g) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. h) Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.	No Cumple	Actualmente, la clínica no cuenta con una política formal de revelación de información aprobada por la Junta Directiva que consolide los lineamientos y procedimientos de divulgación frente a los diferentes grupos de interés. No obstante, existen responsabilidades definidas a nivel operativo y gerencial que garantizan la entrega oportuna, veraz y completa de la información a los entes internos y externos

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.	No Cumple	No existen procedimientos formales para evaluación independiente de la calidad de los datos por parte de la contraloría interna. Actualmente, la verificación es realizada por las áreas de Calidad y Facturación antes del envió a los entes de control. Se proyecta incorporar esta revisión dentro del Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional.
Medida 97: La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces: Información de la Entidad La página web cuenta con una sección "acerca de la entidad" que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas. Información sobre los miembros o propietarios La página web cuenta con una sección "acerca de los miembros propietarios" donde: a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones. b) Las cooperativas y mutuales indican el número de miembros, discriminando las personas naturales y jurídicas. Explican el perfil de las personas naturales afiliadas (estadísticas sobre profesiones u ocupaciones, departamentos o ciudades de residencia, u otros datos que se consideren pertinentes). E identifican las personas jurídicas afiliadas. c) Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja. Información sobre la administración La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva (u órgano equivalente), y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen a han pertenecido a otras Juntas Directivas. Información sobre los órganos de control La IPS identifica en su página web la entidad a la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica asimismo las entidades a personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sabres las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia. Información sobre los usuarios Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.	Sí Cumple	La página web institucional contiene información general de la entidad, incluyendo su historia, misión, visión, valores, propuesta de valor y otros contenidos relevantes para los diferentes grupos de interés y los entes de vigilancia y control.

Medida 98: La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre: a) Servicios habilitados y en operación. b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados. c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud. e) información sobre el recurso humano de la institución. f) Actividades de promoción y prevención de la salud. g) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.	Sí Cumple	La página web dispone de información sobre los servicios habilitados y resultados asistenciales.
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.	Sí Cumple	Los estados financieros y los informes de gestión se publican y están disponibles para consulta pública en la página institucional, en concordancia con los reportes remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, garantizando transparencia y acceso a la información financiera relevante.
Medida 100: La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio. Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explicita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.	Sí Cumple	De manera anual, al cierre de cada ejercicio, se elabora el Informe de Gestión dirigido a los diferentes grupos de interés, en el cual se presentan los principales resultados de la gestión correspondiente al año anterior. Previo a su formalización, el informe es revisado internamente por las áreas responsables y, de manera conjunta, en los diferentes comités de la Institución. Asimismo, es revisado por la Revisoría Fiscal y, finalmente, sometido a aprobación de la Junta Directiva. En cuanto al Comité de Contraloría Interna y Gobierno Organizacional, este se encuentra en etapa de consolidación y durante el presente año ha iniciado sus primeras sesiones. Se tiene previsto incorporarlo en el proceso de revisión del Informe de Gestión correspondiente al cierre del periodo.

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 o Grupo Empresarial. a) Capital y estructura de la propiedad de la entidad. b) Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores a igual al 5%), directas e indirectas. c) Información de las acciones de las que directamente (a título personal) a indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen. d) Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí. e) Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad. f) Síntesis de los acuerdos entre miembros del Maxima Órgano Social de los que se tenga conocimiento. g) Acciones propias en poder de la entidad. Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial. a) 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. b) Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva. c) Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio. d) Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales). e) Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta. f) Proceso de nombramiento de los Directores. g) Política de remuneración de la Junta Directiva. h) Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia. i) Quorum de la Junta Directiva. j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités. k) Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves). i) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves). m) Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agendas de calificación. n) Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva. o) Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva. p) Actividades de los Comités de la Junta Directiva.	Sí Cumple	Cumple, ya que el Informe de gestión anual aborda la estructura de propiedad, composición de la Junta Directiva, sistemas de gestión de riesgos y demás componentes exigidos.

q) Información sobre la realización de los procesos de evaluación de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, así como síntesis de los resultados. Operaciones con partes vinculadas a) Atribuciones de la Junta Directiva sobre este tipo de operaciones y situaciones de conflictos de interés. b) Revelación de información sobre propiedad indirecta, es decir, la revelación de las diferentes capas de propiedad indirecta y control indirecto, con el fin de identificar Partes Vinculadas que no son evidentes en los propietarios directos o en los miembros del Máximo Órgano Social. c) Detalle de las operaciones con Partes Vinculadas más relevantes a juicio de la entidad, incluidas las operaciones entre entidades del Grupo Empresarial. d) Conflictos de interés presentados y actuación de los Directores de la Junta Directiva. e) Mecanismos para resolver conflictos de interés entre entidades del mismo Grupo Empresarial y su aplicación durante el ejercicio. Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial a) Explicación del Sistema de Control Interno (SCI) de la entidad o Grupo Empresarial y sus modificaciones durante el ejercicio. b) Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio. c) Materialización de riesgos durante el ejercicio. d) Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos.		
Medida 102: De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.	Sí Cumple	Cumple, en tanto el Revisor Fiscal realiza el informe anual con observaciones y salvedades cuando aplican, presentado a la Junta Directiva y Asamblea General, garantizando el seguimiento respectivo aun sin la existencia de contraloría interna formal.
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.	No Aplica	No somos un grupo empresarial
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.	No Aplica	No somos un grupo empresarial

Medida 105: La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una IPS debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno. La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades. Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. En el caso de las IPS públicas, los lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.	Sí Cumple	La entidad cuenta con lineamientos de conducta formalizados dentro del Código de Ética y Conducta y Código de Gobierno Corporativo, que promueven una cultura ética, transparente y de lucha contra la corrupción, el fraude y el soborno. Estos recogen los valores de institucionales, aplicables a todos los colaboradores, y se encuentran articulados con las políticas institucionales y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).
Medida 106: Los lineamientos de conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos: a) Los principios éticos y valores institucionales b) Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia c) Direccionamiento estratégico de la entidad d) Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. e) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad f) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno. g) El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas h) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones i) Principios de responsabilidad social empresarial j) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. k) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional. En el caso de las IPS públicas, los	Sí Cumple	Los lineamientos de conducta se encuentran estructurados sobre pilares definidos, que incluyen los principios éticos e institucionales, direccionamiento estratégico, políticas de gestión ética, pautas frente a la corrupción, mecanismos de socialización y control de gestión ética, conforme a los requerimientos del marco de buen gobierno.

lineamientos a las que se refiere esta medida serán construidas teniendo en cuenta lo establecido al respecto por la ley 1474 de 2011, ley 190 de 1995 o las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen.		
Medida 107: Los lineamientos de conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con: a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés. b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad. c) La importancia de colaborar con las autoridades. d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.	Sí Cumple	El Código de Ética y Conducta establece pautas claras de comportamiento frente a actuaciones ilegales o sospechosas, uso adecuado de los activos institucionales, manejo responsable de información confidencial y colaboración con las autoridades, garantizando transparencia y cumplimiento normativo
Medida 108: El PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano competente.	Sí Cumple	El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) integra las normas y principios internos para la prevención de riesgos de corrupción, conflicto de interés y soborno, asegurando su incorporación formal en el documento aprobado por la Junta Directiva.
Medida 109: La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.	Sí Cumple	El PTEE fue diseñado con base en una evaluación integral de riesgos de corrupción y soborno, y cuenta con aprobación formal de la Junta Directiva. Este instrumento define los mecanismos de prevención, mitigación y control aplicables en la operación de la entidad.
Medida 110: La entidad detallará en el PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponderá el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE. Las funciones y facultades se traducen en reglas de conducta que orienten la actuación de sus empleados, asociados, administradores y demás vinculados o partes interesadas. De esta forma, tales asignaciones constan por escrito.	Sí Cumple	El PTEE establece las funciones y responsabilidades de los empleados, administradores y demás vinculados, consignadas por escrito, orientando su conducta hacia la transparencia y la integridad en el ejercicio de sus funciones.

Medida 111: La entidad realizará las siguientes acciones para poner en marcha el PTEE: a) Asumirá un compromiso dirigido a la prevención del riesgo de COF y soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta. b) Determinará las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE. c) Establecerá una estrategia de comunicación para garantizar la divulgación del PTEE entre los empleados, asociados, contratistas y la ciudadanía en general. La estrategia contará como mínimo con los siguientes elementos: I. La divulgación tanto en el ámbito interno y externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta. II. La puesta en marcha de mecanismos adecuados para comunicar a los asociados, administradores y empleados, de manera clara y simple, los beneficios del PTEE, así como las consecuencias de infringirlo.	Sí Cumple	La clínica adelanta acciones para la puesta en marcha del PTEE, incluyendo la estrategia de comunicación, capacitación y divulgación a empleados, contratistas y ciudadanos. Adicionalmente, cuenta con mecanismos internos y externos para prevenir prácticas corruptas y sancionar su incumplimiento
Medida 112: La entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas.	Sí Cumple	El Oficial de Cumplimiento administra el PTEE, de acuerdo con el perfil, funciones e inhabilidades definidas por la entidad. Adicionalmente, gestiona los conflictos de interés y garantiza la ejecución de las medidas de prevención establecidas.
Medida 113: Además de las funciones que se le asignarán a la persona encargada de la administración del PTEE, tendrá a su cargo las siguientes: a) Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE. b) Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión. c) Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces. d) Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE. e) Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno. f) Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido. g) Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE. h) Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.”	Sí Cumple	El Oficial de Cumplimiento presenta a la Junta Directiva los informes anuales del PTEE, realiza seguimiento a su eficacia, coordina las capacitaciones y verifica la aplicación de las políticas de riesgo y los canales de denuncia, conforme al Programa de Transparencia y Ética Empresarial aprobado por la Junta.