| nummed | Medidas | respmed | medexp |
|---|---|---|---|
| 1 | Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así por los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros. | 1 | Al interior de los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, esta contemplado en el Capitulo VII art 25 en los derechos y deberes de los miembros, todos los derechos consagrados en la constitución Nacional así como el trato digno, así mismo en el art 26 se contemplan los deberes el cumplir con los reglamentos de la asamblea. |
| 2 | 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 o relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros para que puedan expresar sus opiniones o plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Máximo Órgano Social. | 1 | En la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José se cuenta con una secretaria de presidencia, una de sus funciones es ser el punto de atención directo de los Miembros de la Sociedad, así como el envío de informes, invitaciones sugerencias, así mismo ella se encarga de divulgar las actas de asamblea y Junta directiva a cada uno de sus miembros. Estos Procesos están definidos con el secretario de la Junta Directiva de manera que se garantice la información clara oportuna y confiable.<br>Como se encuentra estipulado en lis estatutos del hospital, la junta Directiva se reúne 2 lunes al mes a principio y final de mes para dar informe y toma de decisiones en conjunto. |
| 3 | Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración. | 1 | En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José capitulo V art 16 define los temas y tiempos de reunión de la asamblea el art 17 la composición de la misma así como el quorum y las convocatorias y en el art 18 las actas de la asamblea |
| 4 | 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. | 1 | Se tiene definido los canales por los cuales se realizan las convocatorias, tanto en físico como en medio electrónico, siendo medios suficientes hasta el momento para compartir la información, sin embargo no se tiene al interior de la pagina Web, intranet o sistema de información un espacio destinado única y exclusivamente para los miembros.<br>Se estudiara esta parte de la medida. |
| 5 | 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 que la ley lo establece. d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto. | 1 | Las convocatorias se realizan con los parámetros establecidos en la ley, se realizara un fortalecimiento en el numeral d, ya que no se deja explicito en la invitación los mecanismos, aunque estén en el procedimiento, así mismo en el numeral e, ya que se trata al interior de la asamblea, no desde la convocatoria. |
| 6 | 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<br>conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido. | 1 | Se tiene establecido al interior de la asamblea desde la convocatoria la agenda en orden lógico y secuencial que permita tener reuniones altamente efectivas, evitando la repetición de temas a tratar. |
| 7 | 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. | 1 | Los temas a tratar al interior de la asamblea, son temas concernientes a las funciones de la misma, las cuales se puede encontrar en el Capitulo III art 19 de los estatutos, entre estos temas a tratar son: pautas en el manejo de los asuntos asistenciales, económicos, investigativos, docentes y culturales, políticas y programas, el nombramiento del revisor fiscal y suplente y fijar su remuneración, celebración de negocios jurídicos, contratos convenios, inversiones, operaciones de crédito, balance general, presupuesto, gastos, montos de gastos y compras. |
| 8 | 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. | N | En el articulo 17 de los estatutos se establece que es indelegable, por tal motivo no aplica ya que el hospital no tiene composición accionaria |
| 9 | 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. | N | En el articulo 17 de los estatutos se establece que es indelegable, por tal motivo no aplica ya que el hospital no tiene composición accionaria |
| 10 | Medida 10. El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy<br>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. | 1 | La sesiones de la Asamblea están precedidas por el presidente y queda constancia en acta con la firma de el o en caso extraordinario del vicepresidente. Art 18 de los estatutos, además asiste el director general y miembros de junta. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | 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 o extraordinaria. c) Examinar, aprobar o 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 o 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.<br>f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes. | 1 | Las funciones de la asamblea las cuales se puede encontrar en el Capitulo III art 19 de los estatutos,son:elegir miembros de la junta directiva, presidente, vicepresidente y secretario, fijar pautas en el manejo de los asuntos asistenciales, económicos, investigativos, docentes y culturales, definir metas, políticas y programas, someter a consideración asuntos de los miembros de la asamblea, aceptar el ingreso de nuevos miembros a la sociedad de cirugía, nombrar el revisor fiscal y suplente y fijar su remuneración, aprobar la celebración de negocios jurídicos, contratos convenios, inversiones, operaciones de crédito, revisar el balance general, presupuesto, gastos, montos de gastos y compras. |
| 12 | 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. | N | Por la naturaleza jurídica de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José no está llamada a constituir o declarar un grupo empresarial. |
| 13 | 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. | N | La sociedad de cirugía de Bogotá no hace parte de ningún grupo empresarial |
| 14 | 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, que regula: a) La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender. b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios.<br>c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas. d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros. f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos. g) La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas. h) Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos. i) La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial sensibilidad y rigor la política de administración de conflicto de interés, para asegurar, entre otras cuestiones, que las operaciones propendan hacia precios y condiciones de mercado. | N | La sociedad de cirugía de Bogotá no hace parte de ningún grupo empresarial |
| 15 | 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. | N | La naturaleza jurídica de la sociedad de cirugía de Bogotá, no conlleva una situación que pueda generar conflicto dentro de sus directivos o miembros |
| 16 | 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. | N | Solo aplica para cajas de compensación familiar |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | 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 el 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 "whistleb/owers". 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. s) Conocer y, en caso de impacto material, aprobar las operaciones que la entidad realiza con miembros del Máximo Órgano Social significativos, definidos de acuerdo con la estructura de propiedad de la entidad, o representados en la Junta Directiva; con los Directores de la Junta Directiva y otros administradores o con personas a ellos vinculadas (operaciones con Partes Vinculadas), así como con empresas del Grupo Empresarial al que pertenece. | 1 | Con base en una planeación estratégica, la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José cuenta con las siguientes funciones: 1. administrativas: dirigir y administrar la institución, Nombrar el director general, sus funciones y su remuneración, nombrar, remover o aceptar renuncias de jefes de departamento así como cargos científicos y administrativos, fijar sus funciones y remuneración, evaluar, crear suprimir y actualizar las funciones de los cargos, así como estratificar salarios de acuerdo a estos, imponer sanciones que haya lugar, crear, reglamentar y desarrollar comités cuando la ley no lo ha hecho previamente. 2. Científicas y asistencias: organizar sistemas de atención medica, propender por la investigación. 3. Financieras: planear y orientar la gestión económica, estudiar el presupuesto anual de rentas y gastos, presentado por el director general y subdirector financiero, y los estados financieros, aprobar gastos y autorizar la firma de los contratos por los montos asignados, aprobar la celebración de negocios jurídicos, contratos, convenios, inversiones u operaciones de crédito, suscripción de pólizas, avales y garantías, en la cuantía que sea asignada por la asamblea general, 4. Otras: velar por el estricto cumplimiento de los estatutos, las disposiciones legales, y las decisiones de la asamblea, aprobar todas las construcciones y las modificaciones arquitectónicas que se hagan en la sede, crear y conceder los reconocimientos, estímulos y condecoraciones para aquellas personas o instituciones que hayan prestado invaluables servicios a la Sociedad de cirugía de Bogotá Hospital de san José, demás funciones de los estatutos y que delegue la asamblea. |
| 18 | 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. | 1 | La Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José realiza revisión periódica de la política de compras, comportamiento de los trabajadores y de inversiones, cada uno de estos ítems queda reflejado en el acta de junta y en caso de ser necesario un seguimiento o una intervención la junta directiva delega al Director General o alguno de los subdirectores para tal fin. |
| 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. | 1 | Las funciones de Junta Directiva contenidas en esta medida, se encuentran documentadas en el código de buen gobierno DE-IO-08, en el numeral 8. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, las cuales se encuentran vigentes a la fecha |
| 19 | 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. | 1 | En el Articulo 22 de los estatutos den Hospital esta descrito que la conformación de la Junta Directiva esta compuesta por 7 miembros, conformados por el Presidente, el vicepresidente, un secretario, un expresidente, el rector de la universidad y dos vocales. Esto permite que las decisiones sean efectivas y resolutivas. |
| 20 | 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. | 1 | En el Articulo 49 de los estatutos se encuentra plasmado los requisitos que deben tener el director general y los funcionarios, haciendo énfasis en la experiencia administrativa en instituciones prestadoras de servicios de salud |
| 21 | 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. | 1 | Todos los miembros de la Junta directiva cuentan con su respectiva carta de aceptación que incluye todos los ítem mencionados, sin embargo, se deberá dejar plasmado en un procedimiento de junta directiva esto. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22 | 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 o 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. | 1 | La Junta directiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José tiene identificado el origen de los distintos miembros |
| 23 | 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. | N | En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá tienen definidos de forma específica los integrantes de cada comité. |
| 24 | Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos. | N | la Junta directiva esta integrada en su mayoría por miembros ejecutivos, se revisara con la oficina Jurídica y se tomaran las medidas correspondientes. |
| 25 | 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. | N | Los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, establece que los miembros de su junta directiva participen de las responsabilidades de la operación |
| 26 | 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. | N | Los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, establece que los miembros de su junta directiva participen de las responsabilidades de la operación |
| 27 | 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.<br>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. | 1 | Se cuenta con un comité de Dirección, regulado por estatutos articulo 35, cuya finalidad es la coordinación y ejecución de las políticas, planes y programas científicos, asistenciales, docente, financieros y administrativos. El comité presenta la hoja de vida con trayectoria de todos los nuevos cargos, para luego ser presentados en Junta Directiva.<br><br>La Junta Directiva hace evaluación anual de los integrantes o miembros a través de una encuesta de autoría de INALDE, en el que se incluye valoración global de las funciones de junta Directiva frente a la planeación estratégica, los planes de sucesión de miembros de junta, y luego evaluación específica de cada cargo. Se incluye evaluación también de Director y Subdirectores.<br>Para la selección de nuevos miembros de Junta Directiva, se tienen establecidos como requisitos mínimos: que el candidato sea miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, que trabaje por la promoción del hospital y del servicio al cual pertenece, educación formal en áreas administrativas, liderazgo dentro de su profesión y que se destaque por su desempeño académico, administrativo y asistencial.<br>Adicionalmente el candidato debe cumplir con los criterios establecidos en el régimen de inhabilidades, incompatibilidades, prohibiciones e impedimentos.<br><br>También por estatutos se tienen definidos los criterios de admisión de nuevos miembros a la Sociedad de Cirugía, clasificándolos como miembros de número, miembros asociados y miembros correspondientes. En todos los casos en Junta Directiva se presentará por escrito a los candidatos, quienes además deberán presentar un trabajo original de su autoría de carácter científico, médico, docente o administrativo, que luego será sustentado en Asamblea. |
| 28 | 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 objetivo para ser miembro de Junta<br>Directiva y otros adicionales para ser Director independiente. | 1 | Los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, renovados en 2012 y vigentes a la fecha, tienen definida en el Capítulo III, del Artículo 8 al 13, el régimen de inhabilidades, incompatibilidades, prohibiciones e impedimentos.<br>En capítulo VIII artículo 28 está el régimen disciplinario de cargos científicos y administrativos y luego las funciones específicas del Presidente, Vicepresidente, Secretario de Junta. En el capitulo XII, hace referencia a los altos funcionarios del Hospital, Director y Gerente. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 29 | 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. | 1 | La Junta Directiva tiene entre sus funciones, la dirección y administración de la Sociedad, incluyendo la organización de los sistemas de atención médica, lo mismo que de otras funciones financieras, científicas, asistenciales, administrativas, tomando las decisiones que se requieran, para asegurar el correcto funcionamiento de la organización.<br><br>En el artículo 29 de los Estatutos, se encuentran específicas las funciones del Presidente, dentro de las cuales está informar anualmente a la Asamblea General, acerca de la gestión, marcha del Hospital y de las instituciones docentes de la Sociedad. Sin embargo, también se encuentra definido las reuniones mensuales de la asamblea, en las que se presenta periódicamente los avances de la gestión realizada y del cumplimiento de la normatividad interna y externa. |
| 30 | 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. | 1 | En el artículo 29 de los Estatutos, se encuentran específicas las funciones del Presidente, dentro de las cuales está presentar a la Junta Directiva los candidatos que serán designados para representar a la Sociedad ante distintos organismos, igualmente proponer los candidatos para los cargos de Director médico y gerente.<br>El perfil de los candidatos son presentados en la Asamblea, dado que la primera condición es que sean miembros de la Sociedad de Cirugía, de manera que todos los miembros de la asamblea, ya conocen el currículum de los candidatos. En la reunión ordinaria de la asamblea, se realiza el análisis de los perfiles de los diferentes candidatos, se hace elección y posesión en la misma sesión. |
| 31 | 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. Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones. | 1 | En la posesión de los miembros de Junta Directiva y los altos Directivos, se hace explícito el compromiso de conocimiento, el acuerdo y el cumplimiento de los Estatutos y de las directrices del código de Buen Gobierno y del código de ética y buena conducta, lo cual queda registrado en el acta de la Junta. |
| 32 | 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. | 1 | En Los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, se encuentran consideradas las funciones de la Junta Directiva, capitulo VI, dentro de las cuales esta tomar decisiones a las que haya lugar de conformidad con los estatutos, igualmente dictar su propio reglamento.<br>En capítulo VIII artículo 28 está el régimen disciplinario de cargos científicos y administrativos y luego las funciones específicas del Presidente, Vicepresidente, Secretario de Junta. En el capitulo XII, hace referencia a los altos funcionarios del Hospital, Director y Gerente. |
| 33 | 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. | 1 | La Junta Directiva tiene definida un Plan de trabajo específico que corresponde al Plan de Direccionamiento y Gerencia, al cual se le hace seguimiento trimestral. Por otra parte, es responsable del seguimiento de los Planes operativos definidos desde el Direccionamiento estratégico, del cual se hace seguimiento semestral.<br>Independiente del Plan de Direccionamiento y Gerencia, la Junta Directiva tiene definidos por estatutos reunión el último lunes de cada mes. |
| 34 | 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. | 1 | En el capitulo VI de los Estatutos de la SCB, se encuentra definido la frecuencia de las reuniones de la Junta Directiva, igualmente las funciones administrativas, científicas, asistenciales y financieras. Se tiene definido una reunión ordinaria el último lunes de cada mes, pero pueden citar reuniones extraordinarias, a necesidad. Por tanto se cumple con un mínimo de 12 reuniones al año. |
| 35 | 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. | 1 | Dentro de las funciones establecidas para el secretario de la Junta Directiva, se encuentra determinado en el artículo 31, la comunicación por escrito de las disposiciones establecidas por la Junta y Asamblea, para lo cual se envía en medio físico o por correo electrónico 15 días antes de la sesión ordinaria, el acta y acuerdos de Junta anterior, para la revisión y aprobación en la siguiente sesión. |
| 36 | Medida 36. Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes. | 1 | La Junta Directiva hace evaluación anual de los integrantes o miembros a través de una encuesta de autoría de INALDE, en el que se incluye valoración global de las funciones de junta Directiva frente a la planeación estratégica, los planes de sucesión de miembros de junta, y luego evaluación específica de cada cargo. Se incluye evaluación también de Director y Subdirectores.<br>Calidad y Auditoría médica hace evaluación anual del funcionamiento de los comités institucionales, entre los cuales se encuentran los estatutarios, los de obligatorio cumplimiento y los de conformación voluntaria, presenta los resultados en el comité de calidad y posteriormente el informe es presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones sobre conformación, periodicidad de reuniones, ingreso o cierre de comités. |
| 37 | Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos. | 1 | Desde el direccionamiento estratégico están definidos los estándares de calidad superior con miras a la acreditación. Para esto como parte del orden del día de cada Junta Directiva ordinaria, se hace seguimiento al proceso de Acreditación, con informe a cargo de Calidad y Dirección General. |
| 38 | 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. | 1 | En la actualidad se cuenta con 30 comités y 25 equipos de mejoramiento. Calidad y Auditoría médica hace evaluación anual del funcionamiento de los comités institucionales, entre los cuales se encuentran los estatutarios, los de obligatorio cumplimiento y los de conformación voluntaria, presenta los resultados en el comité de calidad y posteriormente el informe es presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones sobre conformación, periodicidad de reuniones, ingreso o cierre de comités.<br>la evaluación incluye cumplimiento de responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y cumplimiento de metas de los indicadores de gestión definidos para cada uno. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 39 | Medida 39. Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control. | 1 | La documentación de la gestión de comités se realiza en el Sistema de gestión Integral Almera, el cual incluye ficha técnica de cada comité, registro de actas, registro de indicadores, seguimiento a compromisos y tareas de cada reunión y seguimiento al cumplimiento de asistencia y de tareas.<br>Calidad hace seguimiento y presenta informe en comité de calidad y posteriormente a junta Directiva. |
| 40 | Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité. | 1 | Toda conformación de comités, sus integrantes y funciones, son autorizados por Junta directiva y según sea necesario, se avala la inclusión o retiro de comités, posterior a informe presentado por Calidad y auditoría médica. En dicha revisión se hace confirmación del presidente y secretario de cada comité, lo mismo que el cargo y nombre de los demás integrantes. |
| 41 | Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre. | 1 | Toda conformación de comités, sus integrantes y funciones, son autorizados por Junta directiva y según sea necesario, se avala la inclusión o retiro de comités, posterior a informe presentado por Calidad y auditoría médica. Se cuenta con un plan de reuniones institucionales (comités y equipos de mejoramiento) con periodicidad de reuniones que va desde semanal hasta trimestral, según normatividad o acuerdo de Dirección General.<br>Se cuenta con cronograma mensual de reuniones el cual es aprobado por Dirección Médica y Junta Directiva en comité de calidad y en Junta Directiva respectivamente. |
| 42 | Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes. | N | En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá se tienen definidos la conformación específica los integrantes que intervienen en los diferentes comités de la institución. |
| 43 | 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. | 1 | Se cuenta con un comité de Calidad de reunión quincenal y un equipo primario de mejoramiento institucional que sesiona trimestralmente, en el que se hace seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos.<br>Adicionalmente el comité de Dirección, realiza seguimiento a los proyectos institucionales. |
| 44 | Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un<br>(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. | N | La entidad no cuenta con un Comité de Contraloría Interna de Junta con la composición exigida; las funciones de control interno se ejercen a través de [auditoría interna / revisoría fiscal |
| 45 | 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 o 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 sólo 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. | N | Se tiene establecido el control de los procesos institucionales desde tres áreas:<br>1. Área Financiera: con auditoría Interna, con plan de auditoría basada en riesgos, según matriz de evaluación de esa dependencia. Se realiza seguimiento semanal en equipo de Ciclo del efectivo y se presenta informe de manera directa e independiente a Presidencia.<br>2. Área Médica: se realiza auditoría de calidad asistencial y de servicio, mediante cronograma de auditoría documentado en PAMEC, con seguimiento al cumplimiento de manera trimestral y con evaluación del cumplimiento de las tareas a través de planes de mejoramiento. Esto se reporta en comité de calidad, en equipo de mejoramiento y en Junta Directiva.<br>3. Área Jurídica: Se realiza seguimiento de riesgo de situaciones jurídicas y seguimiento al Sistema de riesgo de Lavado de activos y financiamiento al terrorismo, haciendo reporte directo e independiente a Presidencia.<br><br>Informe de este control se presenta en Junta Directiva y Asamblea, a través de Dirección o Presidencia. |
| 46 | Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría. | N | No se tiene establecido comité de contraloría, sin embargo las actividades de control interno son realizadas por el comité de dirección, auditoría interna, calidad y auditoría médica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 47 | 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. | 1 | La SCB HJS cuenta con el instrumento Organizacional, Código de Buen Gobierno DE-IO-08, donde se puede encontrar que el comité de gobierno organizacional estaría siendo ejecutado por 4 comités asesores, los cuales se relacionan a continuación:<br>1. Comité de Dirección como organismo asesor de la junta directiva de la institución, quien tiene como finalidad la coordinación y ejecución de las políticas, planes y programas científicos, asistenciales, docentes, financieros y administrativos ordenados por la Junta Directiva. Los integrantes del comité son el Jefe de Talento Humano, asesor de presidencia, Director Medico, Presidente de la Institución, miembros de la sociedad, vicepresidente de la institución.<br>2. El Comité Económico Administrativo (Ciclo del Efectivo) asesora a la Junta Directiva en aspectos financieros y administrativos con el fin de lograr un adecuado desarrollo de los fines de la Sociedad. Los integrantes del comité es auditoria interna, líder de glosas, jefe de costos y planeación, Jefe de facturación, subdirector administrativo y financiero, jefe de contabilidad, jefe de contratación y jefe de auditoria medica.<br>3. El Comité de Compras asesora la adquisición de bienes y servicios, garantizando que cumplan con los requisitos de calidad, precio y utilidad para el desarrollo de los planes y programas que se proyecten en la institución. Los miembros son Líder de Almacen, Director General, coordinador de almacén, Jefe de medicina interna, coordinador medico, subdirector financiero y administrativo.<br>4. El Comité Docente asesora el desarrollo de la Sociedad desde la perspectiva docencia — servicio y la organización de la biblioteca de la institución en conjunto con la FUCS. Los miembros son Dirección medica y delegados de cada uno de los convenios. |
| 48 | Medida 48. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los si9uientes 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 asistencia. | 1 | Entre las funciones de los cuatro comités asesores de la Junta Directiva (Comité directivo, comité económico y administrativo, comité de compras y comité docente) se incluyen las que se encuentran mencionadas en la medida 48; pero se deben describir de forma puntual las que se encuentran dirigidas a 1. Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. 2. Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencia. 3, Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. Estas funciones se pueden encontrar implícitas en la que se tiene establecida como "Desarrollar estrategias y mecanismos de integración, coordinación y operación que garanticen el funcionamiento del hospital".<br>El proceso de información y comunicación de todos los asuntos que tienen que ver con el Gobierno de la organización, se maneja desde la Asamblea y la junta directiva como su representante y en orden jerárquico hasta el área operativa. Las directrices, normas y mandatos que desde allí se generen se comunican a los jefes de área, quienes son responsables de la difusión a todos sus colaboradores.<br>Se tiene determinado un sistema de evaluación y control a directivos, con el fin de verificar los resultados de su gestión en cuanto al cumplimiento de los objetivos y metas establecidos por la Junta Directiva en representación de la Asamblea General, a través de una evaluación anual mediante la presentación de informes que permitan el reconocimiento al mérito de los directivos, fomentando su motivación, productividad y compromiso con los objetivos organizacionales. De igual forma se realiza evaluación del desempeño en temas relacionados a los objetivos del cargo y las competencias del directivo.<br>La institución cuenta con políticas sobre el conflicto de intereses en el área médica y área administrativa. Igualmente políticas que orientan la gestión de la empresa con sus clientes externos: en materia de intereses sectoriales, en la contratación de servicios, la calidad de la atención en materia de prestación de servicios de salud y las políticas de responsabilidad social y frente al medio ambiente. |
| 49 | Medida 49. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva. 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. | 1 | La SCB HSJ cuenta con el Manual de Calidad Institucional bajo el código GC-MA-01, con fecha de revisión 2018-10-19, donde se establecen los diferentes comités voluntarios (Comité Amable, Comité de Tecnología, Comité de Calidad, Comité de Seguridad Clínica, Comité de Gerencia, Comité de Gestión Financiera, Comité de Comunicaciones, Comité de Infraestructura - Comité de Obra, Comité de Auditoria Interna, Comité de Convivencia y Comité Jefes de Departamento) y obligatorios (Comité de Historias Clínicas, Vigilancia de Eventos de Reporte Obligatorios en Salud Publica, Comité de Farmacia, Comité de Farmacovigilancia, Comité Institucional de Trasplantes, Comité de Ética Hospitalaria, Comité de Ética en Investigación, Comité de Mortalidad, Comité de Tecnovigilancia y Reusó, Comité de Emergencias, Comité de Gestión Ambiental y Residuos Hospitalarios, Comité Paritario de Salud Ocupacional, Comité de Transfusiones y Docencia Servicio) en los cuales según el Documento de Gestión de Riesgo código GC-PC-16 de Junio del año 2017 son espacios de análisis de riesgos. Desde el Comité de Calidad constituido desde Junio del año 2008, conformado por Jefe de la Oficina de Calidad, referente de acreditación, Subdirector Medico, Director General, Subgerente Administrativo y Financiero, Auditoria Interna y Jefe de Talento Humano; desde el comité se lideran y monitorean las estrategias de gestión del riesgo con las que se cuentan en la Institución. Los comités antes mencionados se encuentran conformados por profesionales de la salud, personal a carde al tema relacionado según la función de cada comité y miembro de la Junta Directiva. |
| 50 | 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.). | 1 | El Comité de Calidad de la institución tiene como objetivo realizar el seguimiento al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de la organización el cual se desarrollas a través de las siguientes actividades principalmente como lo es el análisis de los indicadores de primer y segundo orden, seguimiento al cumplimiento de planes de mejora, implementación y seguimiento a las diferentes fuentes de mejoramiento: Habilitación, Acreditación, Sistemas de información, Seguridad Clínica, Gestión de procesos, Visitas de entes de control, PAMEC, Seguimiento a comités. y se monitorean las estrategias de gestión del riesgo con las que se cuentan en la Institución. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 50,1 | 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 pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados. h) Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces. i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos: - El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testan). - 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." | 1 | La SCB-HSG tiene un equipo primario de Gestión de Riesgos que ha establecido las funciones mencionadas referentes al SICOF |
| 51 | 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. | 1 | La institución cuenta con el Comité de Ética Hospitalaria el cual se encuentra conformado por el líder de centro de atención amable y segura, psiquiatra, Jefe de servicio de Pediatría, gestión de PQRS, Dirección Médica, coordinadora de consulta externa, jefe de Oficina de Jurídica, jefe de Oficina de Calidad, auditor médico y el líder de UCI Pediátrica. |
| 52 | 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. | 1 | El Comité de Ética Hospitalaria se encarga de promover el debate sobre los problemas de ética en salud, establecer relaciones con los organismos similares del orden nacional e internacional sobre nuevos progresos en el campo de la ética, estar atento a los riesgos que se derivan de los avances científicos y tecnológicos en lo concerniente a la salud y la vida, así como de los nuevos retos que surgen de las nuevas percepciones de valores tales como la autonomía, la inviolabilidad de la vida, la responsabilidad de las personas, las instituciones, los efectos adversos y la función de la ley. Las principales funciones del Comité de Ética Hospitalaria es efectuar reflexión de ética interdisciplinar acerca de los siguientes ámbitos: apoyo del grupo en relación al paciente y personal de salud, Educación y docencia, toma de decisiones que entrañan cuestiones morales, estudio de casos clínicos, análisis de la relación entre los profesionales de la salud entre sí y con los pacientes y sus familias. |
| 53 | Medida 53. El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti- corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa. | 1 | La institución cuenta con el documento de Código de Ética y Conducta DE-IO-09<br>con fecha de publicación de la versión 3, el 25 de mayo de 2013, el cual tiene como objetico guiar la conducta de la institución y de sus empleados mediante el reconocimiento de los principios, valores, criterios y normas que caractericen la prestación de los servicios de salud en el Hospital de San José. Cuenta con 10 principios éticos (responsabilidad, equidad, trato humanizado, trabajo en equipo, lealtad y buena fe, integridad y honestidad, confidencialidad, transparencia, prioridad en los conflictos de intereses y austeridad) entre los Cuale se encuentra la transparencia que se refiere a la orientación de todos los trabajadores de la organización, de actuar con claridad, rectitud e imparcialidad; y el tema de conflictos de interés donde se establece que se debe actuar dando prioridad a los intereses del Hospital de San José, frente a intereses personales o de terceros que pudieran influir en sus decisiones, actuaciones, servicios o asesoramientos realizados. Entre las políticas que se enmarcan se establece la correspondiente a la interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente, donde prima: la transparencia en las relaciones comerciales (Toda relación dentro y fuera de la Organización debe estar basada en la buena fe y la transparencia en cada una de las acciones tanto del Hospital como de las empresas con las que contrata) y la transparencia en las relaciones con el Estado (De acuerdo con la Ley Colombiana, el Hospital de San José, es cuidadoso en sus transacciones, con la finalidad de evitar la evasión o elusión de impuestos, el apoyo al contrabando, o el facilitar a terceros actividades delictivas como “lavado” de dinero y activos) dando cumplimiento a los lineamiento anti soborno y anti corrupción como lo establece la medida 53. De igual forma se encuentran establecidos los mecanismos para la difusión y socialización permanente del código, teniendo en cuenta que la actualización de la información es realizada por La Junta Directiva, el Comité de Ética y el Comité Amable cada cuatro años, o cuando los cambios del entorno lo exijan. Se realiza publicación en carteleras de Recursos Humanos, Dirección y Gerencia, áreas sociales para permanente consulta por parte de los trabajadores del Hospital; además se encuentra como tema transversal en los procesos de inducción y reinducción de los colaboradores incluyendo profesionales en formación; y en reuniones de servicio por grupo ocupacional cuando se presente situaciones de dilema ético relacionados con el código de conducta. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 54 | 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). | 1 | La SCB a través del Comité de Ética Hospitalaria, cuenta con la política de interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente, donde prima: la transparencia en las relaciones comerciales (Toda relación dentro y fuera de la Organización debe estar basada en la buena fe y la transparencia en cada una de las acciones tanto del Hospital como de las empresas con las que contrata) y la transparencia en las relaciones con el Estado (De acuerdo con la Ley Colombiana, el Hospital de San José, es cuidadoso en sus transacciones, con la finalidad de evitar la evasión o elusión de impuestos, el apoyo al contrabando, o el facilitar a terceros actividades delictivas como "lavado" de dinero y activos).<br><br>La institución cuenta con el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - LA/FT-SARLAFT con el código DE-MA-03 con fecha de publicación del 10 de octubre del año 2017, el cual se implementa desde la política de "Buen Gobierno Corporativo" orientada hacia la transparencia, eficiencia y probidad en el desarrollo de su objeto social, continúa implementando las normas legales conducentes y encaminadas a su autorregulación, estableciendo instrumentos que permitan prevenir y detectar cualquier intento de contaminación ilícita; cuya finalidad<br>es proporcionar a los directivos, administradores, funcionarios y empleados, las herramientas pertinentes y las medidas de control apropiadas, para prevenir y evitar en lo posible, la realización de conductas y actividades delictivas a través de la SOCIEDAD DE CIRUGÌA DE BOGOTÀ - HOSPITAL DE SAN JOSÈ. |
| 55 | 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.<br>c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.<br>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) Pagos 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 (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos). i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS. | 1 | El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de da Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la institución aplica para los socios, miembros de la junta directiva, empleados (por vincular y vinculados), clientes externos y proveedores. Se determinan los riesgos de acuerdo a la Circular Externa 009 de 21 de abril de 2016: Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo, riesgo legal, reputacional, operativo, de contagio, financiero, de mercado, riesgo inherente y riesgo residual o neto; los cuales se evalúan para cada área de la institución, clasificándolos por probabilidad de ocurrencia, impacto y se establecen los controles correspondientes. Posteriormente se realiza la medición y evaluación de los riesgos según las señales de alerta presentadas.<br><br>Para realizar el seguimiento y cumplimento de este sistema, se creo el Comité SARLAFT, conformado por el Oficial de Cumplimiento, y el suplente del Oficial de Cumplimiento y adicionalmente por el Subgerente Administrativo y Financiero, cuyos objetivos son apoyar las funciones del Oficial de cumplimiento en el desarrollo oportuno y profesional de su gestión y cumplir con las políticas que sobre están incluidas en el presente Manual. |
| 56 | Medida 56. La entidad incluye como mínimo 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 límites 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.<br>Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento. Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan. | 1 | Se cuenta con el Manual de Auditoria Interna con código DE-MA-01 con fecha de elaboración del 01 de Mayo de 2012, donde se describe los mecanismos de control interno, pero se debe fortalecer los criterios de auto regulación, autocontrol y autogestión. Además, la institución cuenta con el Procedimiento de Auditoria Interna de Procesos GC-PC-13 del actualizado con fecha del 18 de octubre de 2018 donde establece el autocontrol preventivo, concurrente o de actuación durante alguna situación que se este presentando. La institución realiza auditorias internas desde la Oficina de Calidad y Auditara Medica, Oficina de Cuentas Medicas y la Oficina de Auditoria Interna, quienes auditan con enfoque de autocontrol autogestión con el fin de mantener una auto regulación. |
| 57 | 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. | 1 | En el Manual de Auditoria Interna con código DE-MA-01 se describe el Ambiente de control, Gestión de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación. Se debe fortalecer y profundizar en temas relacionados con el monitoreo y las Evaluaciones independientes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 58 | 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.<br>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<br>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. | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José cuenta con un reglamento interno de trabajo mediante el cual se establecen los principios básicos por los cuales se rige la entidad (GT-IO-02)<br>Así mismo cuenta con un código de conducta y ética (DE-IO-09), y un código de buen gobierno (DE-IO-08)<br>Se cuenta con un manual de gestión de talento humano, donde se establecen todas las políticas y practicas de gestión humana (GT-MA-02)<br>Se cuenta con un documento de políticas institucionales y objetivos estratégicos (DE-IO-07)<br>Todos estos documento son socializados a los diferentes colaboradores y grupos de interés por diferentes canales como mail institucional, carteleras de comunicación de direccionamiento, fondos de pantalla, y capacitaciones de preparación para acreditación donde se explica el direccionamiento estratégico y se comparte la información plasmada en cada uno de estos documentos |
| 59 | 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 como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos 9, 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, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.<br>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 o proceso y capacidad de retorno a la operación normal. g) | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José cuenta con un macroproceso de gestión del riesgo donde se realiza una etapa de identificación del riesgo, con su correspondiente clasificación en operación, financiero, estratégico o reputación, posterior a esto se realiza un proceso de medición por criterios de frecuencia y factibilidad, calificando el impacto que puede generar este riesgo, esto se plasma en un mapa de calor donde quedan clasificados los riesgos en bajo, medio alto y extremo. una vez identificados los riesgos se procede a identificar los controles, diferenciando los controles actuales de los controles propuestos, así mismo se divide por tipo de control (preventivo o correctivo), se estable la frecuencia de revisión y un responsable de la misma, esto es plasmado también en un mapa de calor, al terminar la etapa de caracterización y medición de los controles se obtiene el riesgo residual, el cual se mide por su severidad o nivel de riesgo para proceder a priorizar y llevar a cabo el tratamiento de los riesgos. Se tiene clasificado y establecido que el tratamiento del riesgo puede ser evitar el riesgo, reducir el riesgo, transferir el riesgo o asumir el riesgo, esto dependerá de las directrices del gobierno corporativo. Posteriormente se definen los planes de acción especificando el grado de participación en el desarrollo de cada uno de ellos, se construyen indicadores para realizar el seguimiento a cada uno de ellos. |
| 60 | 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 o el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en los resultados en salud y adoptar los 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 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. | 1 | Dentro del esquema de mejoramiento de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, se cuenta con 3 niveles de orden operativo, táctico y estratégico, mediante el cual, a nivel operativo se cuentan con equipos primarios de mejoramiento como el equipo de TICS, que nutre al equipo de autoevaluación de gestión de la tecnología, este a su vez informa al equipo de mejoramiento institucional, en el cual participa las cabezas de equipos de autoevaluación, encontrándose el presidente, el Director General, el subdirector Medico, el jefe de Sistemas etc.<br>Cada grupo tiene distintas medidas de control y gestión del riesgo, las cuales son revisadas en el equipo de mejoramiento institucional y compartidas en la Junta directiva, donde se toman decisiones estratégicas a desarrollar en la institución, de la misma manera, la parte operativa se encarga de realizar las actividades de control general, de aplicación, de restricción, de confidencialidad y de entrenamiento y difusión. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 61 | Medida 61. Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen. Controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo. 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. | 1 | La Institución cuenta con sistemas de información funcionales , donde se manejan datos internos y externos, garantizando la seguridad de la misma, así como la calidad de los datos. Lo que se puede ver reflejado en los siguientes documentos:<br>GI-IO-02 - POLÍTICA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger la información preservando las características de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.<br>GI-PC-03 - ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es documentar de manera estandarizada la gestión de activos de información del Hospital de San José, con el fin de identificar la información sensible generada u obtenida en el ejercicio de las actividades diarias, mediante la relación detallada de dichos activos en un inventario actualizado y clasificado.<br>GI-PC-10 SEGURIDAD Y RESPALDO DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es garantizar el registro, almacenamiento y conservación de los sistemas de información.<br>GI-IO-03 POLITICA DE RESPALDO DE INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger y garantizar la disponibilidad de copias de respaldo de los sistemas de información. |
| 62 | 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 lo 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 privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación. | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José cuenta con procesos claros, y sistemas de información seguros, que permiten el manejo de la información de forma confiable, oportuna, de fácil acceso y fácil recuperación. Garantizando la protección, custodia y conservación. Todos los sistemas de información cuentan con puntos de control para el acceso e ingreso, suministrando claves a cada usuario, previa verificación de su capacidad de acceso, limitando con controles, así como una capacitación previa en el adecuado uso. |
| 63 | Medida 63. A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, sólo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que lo sustituya, modifique o elimine). | 1 | La Institución tiene un proceso de control interno mediante el cual se blinca la información confidencia o sujeta a reserva, esto se puede encontrar en los siguientes documentos:<br>GI-PC-25 GESTIÓN DE CONTROL DE ACCESO cuyo propósito es gestionar el control de acceso a los sistemas de información del hospital de San José, con el fin de garantizar que el ingreso a estos sea realizado por el personal autorizado bajo los parámetros y políticas institucionales que prevén un sistema seguro, confiable y con altos estándares de calidad. |
| 64 | 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. | 1 | Cabe resaltar que la sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, no hace parte de un grupo empresarial y por ende no se presenta la información como tal como operaciones vinculadas. Sin embargo Las inversiones que posee el hospital son reportadas según la circular 016 de 2016. |
| 65 | 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, lo cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad2º, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma. | 1 | Se cuenta con una política de seguridad y confidencialidad de la información con el siguiente código: GI-IO-02 - POLÍTICA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger la información preservando las características de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. |
| 66 | 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. | 1 | La institución cuenta con distintos medios de comunicación ( web, intranet, canal de tv, carteleras institucionales, mail institucional,etc) mediante el cual se le comunica tanto al cliente interno como al cliente externo las distintas actividades de los colaboradores así como su rol al interior de la institución |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 67 | Medida 67. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:<br>a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación.<br>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. | 1 | El Hospital cuenta con un plan de comunicaciones que contiene las necesidades de comunicación de la organización lo que permite tener una planeación del desarrollo de las piezas de comunicación que se van a desarrollar para los diferentes canales de comunicación, dichas actividades se miden a través de indicadores de cumplimiento.<br>Para garantizar la calidad, la oportunidad y la veracidad de la información la oficina de comunicaciones es la encargada de revisar y verificar todo que lo que se publica en los diferentes medios, cada solicitud debe ser remitida por el jefe o coordinador de servicio y debe incluir el aval y aprobaciones pertinentes, en los casos que se requiera debe llevar el aval de la dirección general tanto para comunicaciones internas como externas.<br>Frecuencia de la información: La información es socializada de acuerdo a la necesidad y el objetivo de comunicación<br>Responsable: La oficina de comunicaciones es la encargada de socializar la información institucional tanto de manera interna como externa.<br>Canales de comunicación<br>Internos:<br>Documentos escritos, correo institucional, carteleras informativas, reuniones de trabajo, folletos, boletines, intranet, fondos de pantalla, canal institucional.<br>Paciente:<br>Canal Institucional, Voz a voz, documentos escritos, página web, redes sociales, carteleras informativas, call center, folletos, boletines, brochare, buzones de sugerencias y correo electrónico.<br>Externa:<br>Página web, medios de comunicación masiva, reuniones de relacionamiento, concursos, eventos, rankings, call center, redes sociales. |
| 68 | Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. 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. | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, realiza la verificación del control interno a través de los jefes de servicio, quienes trimestralmente presenta a la dirección general el informe de gestión, donde se describen los indicadores y las gestiones realizadas en los servicios, realizando comparativos con los resultados de años anteriores. La dirección general presenta estos informes de gestión en junta directiva, donde se evalúan los resultados, de encontrarse desviaciones se realiza revisión específica, evaluando las posibles causas para generar las acciones de mejora correspondientes y comunicarlas oportunamente al servicio para su ejecución. La junta directiva bimensualmente realiza una revisión de los indicadores de obligatorio cumplimiento, realizando así un control sobre las áreas de la institución, esta acción permite identificar deficiencias para generar acciones correctivas oportunamente. |
| 69 | 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. | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José cuenta con una firma de revisoría fiscal el cual es realizada por un ente externo |
| 70 | 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. | 1 | La Dirección General en materia de garantía de la calidad, realiza una revisión trimestral de los informes de gestión presentados por los jefes de servicio de cada área. Estos informes de gestión cuentan con una estructura de presentación definida, en la cual los servicios muestran sus indicadores con evaluación de los criterios de oportunidad y pertinencia en la prestación de los servicios, seguridad del paciente y gestión del riesgo, accesibilidad a los servicios, la continuidad y seguimiento a los tratamientos. La junta directiva evalúa los indicadores presentados, determinando acciones de mejora. Estos informes permiten a los servicios realizar un autocontrol de sus indicadores, lo que les permite mejorar los resultados oportunamente.<br>Por otra parte se cuenta con un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en el que se programan auditorías con enfoque de riesgo y seguridad del paciente. A partir de los resultados de la auditoría, se realizan los planes de mejora correspondientes. |
| 71 | 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. | 1 | En los estatutos encontramos que dentro de las funciones administrativas de la junta directiva se encuentra dirigir y administrar la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para estas acciones la junta directiva aprueba el PAMEC, conoce los resultados del mismo para la toma de decisiones y acciones de mejora. Realiza revisión trimestral de los informes de gestión, donde se analizan los indicadores presentados de cada servicio identificando las deficiencias presentadas en cada área, lo que permite tomar las medidas necesarias para superarlas. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 72 | 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. | 1 | La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para obtener la mejora calidad se rige bajo la resolución 123 de 2014 donde se evalúan los estándares de calidad que se pretenden alcanzar, se evalúan anualmente en el proceso de autoevaluación, el cual se encuentra consignado en el sistema de gestión integral almera.<br><br>Se cuenta con una política de gestión de calidad y del servicio, formalizada en Almera como documento organizacional. Se cuenta con un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad el cual es controlado periódicamente en comité de calidad y posteriormente presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones según los resultados.<br>El modelo de servicio se basa en el sistema único de acreditación, de manera que se tiene establecida la estructura de mejoramiento por niveles, según lo establece la resolución 123 de 2014. |
| 73 | 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. | 1 | Se cuenta con la certificación de estados financieros, el cual está bajo la norma internacional de información financiera, esta certificación va con la firma del representante legal y la jefe de contabilidad.<br>El seguimiento a los indicadores financieros se realiza semanalmente en el equipo primario de Ciclo del Efectivo y luego la información consolidada se presenta mensualmente en Junta Directiva, teniendo espacio prioritario en la agenda de dicha sesión. Igualmente se realiza reunión de asamblea mensualmente , donde se revisan también los indicadores financieros. |
| 74 | 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<br>metodología de evaluación de la misma. | 1 | Se cuenta con la certificación de estados financieros, el cual está bajo la norma internacional de información financiera, esta certificación va con la firma del representante legal y la jefe de contabilidad. De igual manera se cuenta con las notas de los estados financieros para soportar la información registrada en los balances, estas notas son entregadas a la junta directiva en una USB que va anexa al informe de gestión. |
| 75 | 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 continua 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. | 1 | Las políticas de control contable, se encuentra documentadas en el manual de políticas y revelaciones norma internacional de información financiera GF-MA-01.<br><br>Adicionalmente se realiza auditoría financiera de manera periódica y se cuenta con una firma de Revisoría Fiscal, que certifica la validez de los informes financieros. |
| 76 | 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. | 1 | La institución cuenta con el manual de gestión de la tecnología AF-MA-05, donde se describe la política de tecnología, encontrando en él, recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles. |
| 77 | 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) calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación.<br>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. | 1 | La institución cuenta con el manual de gestión de la tecnología AF-MA-05, donde se describe la política de tecnología. La junta directiva realiza seguimiento a través de la oficina de calidad y auditoria médica, quien es la encargada del acompañamiento a través del equipo de autoevaluación de Gestión de la Tecnología. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 78 | 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 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 Máximo 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. | 1 | Dentro de las funciones de la junta directiva se encuentra el dirigir y administrar la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, motivo por el cual participa en la aprobación y seguimiento de la planeación estratégica con el fin de determinar ajustes cuando estos se requieran. La asamblea general se encarga del establecimiento de las metas, políticas y programas generales de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, teniendo en cuenta las recomendaciones de la junta directiva. La asamblea general, se reúne dos veces al año en los meses de marzo y octubre, donde analiza la ejecución del año inmediatamente anterior y estudiara el presupuesto del año siguiente. El control interno para el área administrativa y financiera es realizado por auditoria interna. El control interno del área médica es realizado por la oficina de calidad y auditoria médica. Estos controles internos cuentan con cronograma, informe trimestral, seguimiento en comité de calidad y ciclo del efectivo (realizado 1 vez a la semana). Los estados financieros son evaluados con sus respectivas notas por la asamblea general, para posterior envió a los entes de control y publicación correspondiente.<br><br>Se cuenta con un sistema de evaluación de desempeño por competencias que incluye el criterio de productividad, el cual esta vinculado al cumplimiento de metas de indicadores por áreas, alineados a los pilares estratégicos y a los ejes del modelo de acreditación. |
| 79 | 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 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 los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI. e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo. f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. h) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. i) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad. j) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada. k) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad. l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. m) Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos. | 1 | Efectivamente el Representante legal de la Entidad, es responsable directo del adecuado funcionamiento del sistema de control interno de la Organización, y para esto ha sabido tomar atenta nota de las recomendaciones impartidas por la Junta Directiva para llevar a feliz término la implementación de un adecuado sistema de control interno.<br>Para tal tarea se han creado varios comités que contribuyen garantizar que las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el Sistema de Control Interno se han estado implementando en debida forma como lo son El comité de dirección, de ciclo del efectivo, de calidad<br>Con periodicidad semestral se efectúan las reuniones generales en el Auditorio Fergusson en donde se ha creado un especio para que la Presidencia del Hospital realice la socialización de las políticas que se han adoptado por la organización y se comenten las últimas decisiones tomadas para contribuir a que la organización continúe en el desarrollo del Objeto social y no haya riesgos o amenazas de negocio en marcha.<br>La oficina de Auditoria Interna que depende directamente de la Presidencia, contribuye de manera permanente, generando recomendaciones con miras a fortalecer el sistema de control interno que incluye la adecuada segregación de funciones y adecuada estructura organizacional; para ello se generan informes periódicos mensuales.<br>Otros comités como o es el de Comunicaciones , contribuyen garantizar el adecuado sistema de comunicación a todas las áreas, para que las decisiones lleguen a los responsables de las implementaciones de las medidas que se requieran.<br>Los recursos que se requieren están adecuadamente presupuestados y la Junta directiva realiza la aprobación de estos en el presupuesto anual.<br>Se nombra una firma de Revisoría Fiscal por el periodo de dos años, quienes tienen la responsabilidad legal de certificar que los estados financieros estaban libres de errores significativos que desvirtúen la cifra de los estados financieros tomados en conjunto, los estados financieros van acompañados de las revelaciones que por ley los deben acompañar.<br>Al final de cada año, se realiza el informe de gestión que resume lo realizado en el año y se presenta a la Asamblea general para su conocimiento. |
| 80 | 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. | 1 | Dentro de las funciones del representante legal se encuentra el supervisar y evaluar el funcionamiento general de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para constancia de ello, se cuenta con actas de comités, actas de reuniones, actas de junta directiva y documentos institucionales dirigidos al personal para el cumplimiento de la norma.<br>Adicionalmente en cada sesión de junta directiva, se emiten acuerdos de Dirección que ratifican, oficializan y comunican las decisiones tomadas en cada sesión. |
| 81 | 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. | 1 | En la institución no se cuenta con control interno, se cuenta con la oficina de auditoria interna que es definida como una actividad independiente que tiene lugar dentro de la empresa y que está encaminada a la revisión de operaciones contables y de otra naturaleza, con la finalidad de prestar un servicio a la dirección manual de auditoria interna DE-MA-01, en este manual se encuentra documentando los alcances de auditoria interna, así como el seguimiento por la dirección general. |
| 82 | 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. | 1 | En el manual de auditoria interna DE-MA-01 se encuentra registrado la independencia del auditor interno, dentro de esta definición abarca que no puede presentar ningún tipo de interés políticos, económicos o de cualquier otro orden que podría influenciar el desarrollo de su trabajo y de su opinión. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 83 | Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente. | 1 | En los estatutos de la institución en el capítulo VI, articulo 24 se encuentran consignadas las funciones de la junta directiva, dentro de las cuales encontramos nombrar, remover, aceptar renuncias y llenar las vacantes de los jefes de departamento, así como los demás cargos científicos y administrativos del hospital. Fijar sus funciones y remuneración. |
| 84 | 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. | 1 | En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos los alcances de la auditoria interna, donde se encuentra registrado la auditoría integral, que describe las competencias que debe tener el auditor para desarrollar la actividad competentemente, así mismo los apoyos con los cuales debe contar para completar los procesos en los cuales no se maneje en tema a cabalidad.<br>Se tiene establecido el control de los procesos institucionales desde tres áreas:<br>1. Área Financiera: con auditoría Interna, con plan de auditoría basada en riesgos, según matriz de evaluación de esa dependencia. Se realiza seguimiento semanal en equipo de Ciclo del efectivo y se presenta informe de manera directa e independiente a Presidencia.<br>2. Área Médica: se realiza auditoría de calidad asistencial y de servicio, mediante cronograma de auditoría documentado en PAMEC, con seguimiento al cumplimiento de manera trimestral y con evaluación del cumplimiento de las tareas a través de planes de mejoramiento. Esto se reporta en comité de calidad, en equipo de mejoramiento y en Junta Directiva.<br>3. Área Jurídica: Se realiza seguimiento de riesgo de situaciones jurídicas y seguimiento al Sistema de riesgo de Lavado de activos y financiamiento al terrorismo, haciendo reporte directo e independiente a Presidencia. |
| 85 | 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. | 1 | En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC. |
| 86 | 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. | 1 | En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC. |
| 87 | 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. | 1 | En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC. |
| 88 | Medida 88. El Revisor Fiscal de la entidad valora los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Riesgos implementados a fin de emitir la opinión a la que se refiere. Para el caso específico de IPS, se sigue lo previsto en el artículo 232 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen. 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 personal natural se cambia a más tardar cada tres años. | 1 | El revisor fiscal como debe ser un tercero a la entidad, se maneja con la empresa AMÉZQUITA & cía, quienes designan al revisor fiscal para la institución. En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, en el capítulo X del revisor fiscal de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, en el artículo 46 se encuentran consignadas las incompatibilidades por las cuales no podrá ser revisor fiscal de la sociedad. |
| 89 | 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 presupuestar, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor. | N | la asamblea se reúne ordinariamente dos veces al año el segundo lunes hábil de marzo y el primer lunes hábil de octubre para analizar la ejecución del año inmediamentes anterior y estudiar el presupuesto del año siguiente, también se reúnen el primer lunes hábil de cada mes para evaluar temas científicos , administrativos o de interés general. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 90 | 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:<br>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. | 1 | La junta directiva nombra al Presidente y al Director Medico, como interlocutores encargados de atender las relaciones con el secretario de salud, los diferentes temas relacionados con el mismo y a su vez de establecer comunicación con la junta directiva. |
| 91 | Medida 91. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión: a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones o 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. | 1 | Se realiza convocatoria interna mensual a todos los jefes de servicios médicos y quirúrgicos, en la que se revisan todos los indicadores del sistema de gestión de riesgo en aspectos de eventos de interés en salud pública, prevención y control de infecciones y todos los sistemas de vigilancia para la seguridad del paciente.<br>Anualmente se presentan dichos resultados en convocatoria externa, durante la presentación de informe con fines de Acreditación, en sesión en la que asisten el Presidente de Junta Directiva, Director General y los demás miembros de Junta Directiva. |
| 92 | 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. | 1 | El revisor fiscal entre sus funciones determinadas en los estatutos aporta a la Superintendencia Nacional de Salud y los demás entes de control , de manera oportuna la información requerida por cada uno de ellos , esta información debe ser socializada con la junta directiva y la asamblea general.<br>Se realiza además reporte periódico según establecido por norma, de la resolución 256 de 2016 y la circular 012 a Supersalud.<br>Según sea necesario y solicitado por la Supersalud, se realizan los informes o reportes requeridos. |
| 93 | 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. | 1 | La institución cuenta con el manual administrativo de gestión de talento humano codificado GT-MA-02 el cual reúne los procesos, políticas y procedimientos coordinados por la subdirección de talento humano en el cual se pretende comunicar, regular las diferentes políticas , procedimientos y proceso internos establecidos en la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, también se cuenta con el manual de control interno de talento humano codificado GT-MA-09 en donde se evidencia en el numeral 4.1 el proceso de selección y reclutamiento de personal pero estos se encuentran de manera global para la selección en general se los colaboradores de la institución , en nuestro sistema de información Almera el área de talento humano cuenta con los perfiles por especialidad. |
| 94 | 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. | 1 | En los estatutos de la SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE , se encuentran divididos los comités asesores de la junta a los cuales se les designo según el acuerdo 278 del 9 de marzo del 2015 los montos asignados; junta directiva hasta 50% del presupuesto anual , presidencia hasta 1500 SMV , comité de dirección 1000SMV, comité de compras hasta 400SMV, dirección 100SMV por compra realizada por cada uno.<br>Adicionalmente se cuenta con un comité asesor de Junta Directiva, el comité de Compras, el cual sesiona semanalmente. También se cuenta con un equipo primario de mejoramiento institucional, denominado Cadena de Abastecimiento, en el cual se realiza control del cumplimiento de dichas políticas. |
| 95 | 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 (stakeholders). 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 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. f) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. g) 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. | 1 | La institución cuenta con una política de protección de datos aprobada por la junta directiva la cual tiene como propósito establecerlos criterios bajo los cuales se realiza el tratamiento de la información personal que reposa en las bases de datos, archivos físicos y digitales de EL HOSPITAL, dando así cumplimiento al art. 2.2.2.25.3.1 de decreto 1074. Se tiene además determinado un responsable del control de dicha política.<br>Se tiene establecido como responsables de los reportes de cumplimiento obligatorio a Supersalud, Sivigil, Estadísticas vitales, según corresponda el tema, coordinado en cabeza de Contabilidad, Epidemiología y Calidad y Auditoría Médica. |
| 96 | 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. | 1 | la entidad cuenta con las funciones de los entes de control en los estatutos articulo 44, no se cuenta con contraloría interna.<br>Se realiza control interno a través de los servicios de Auditoría Interna, para procesos administrativos y Calidad y Auditoría Médica para los procesos asistenciales.<br>La validación de la calidad de los datos asistenciales se hace desde el servicio de Epidemiología y Estadística y en los datos financieros, la validación los realiza Revisoría Fiscal. |
| 97 | 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. | 1 | La institución cuenta con la página http://www.hospitaldesanjose.org.co/ en donde se cuenta con la información de importancia de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José y en la cual se incluye el link http://www.hospitaldesanjose.org.co/sites/default/files/indicadores/Politica%20institucional%20HSJ.pdf el cual despliega los derechos al Habeas Data, objetivos, alcance, cumplimiento ,responsables de su cumplimiento , derechos de los titulares, tipo de datos personales que se recolectan, almacenamiento , circulación, uso final de los mismos |
| 98 | 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. d) Información sobre el recurso humano de la institución. e) Actividades de promoción y prevención de la salud. f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno. | 1 | La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud el cual se publica en el informe de gestión anual, especialidades con las que contamos habilitadas en operación actual, actividades de prevención y promoción en salud, disponibilidad de nuestro canal institucional |
| 99 | 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. | 1 | la página web cuenta con el informe de gestión en donde se reporta el estado financiero y administrativo anual , estado del flujo efectivo, informes del reviso fiscal sobre el cumplimiento de normatividad correspondiente a la entidad |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 100 | 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. | 1 | la institución realiza un informe de gestión anual generado desde la dirección general, Subdirección médica, subdirección de talento humano, subdirección administrativa y financiera y la Presidencia, el cual es presenta y aprobado por la junta directiva y socializado en la asamblea general . |
| 101 | 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 o igual al 5%), directas e indirectas. c) Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o 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 Máximo 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 o 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) Quórum 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). l) 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 in y agencias 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. 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. | 1 | El informa de gestión anual se encuentra estructurado : con el informé de la presidencia , financiero y administrativo , avances por departamentos ( contratación , sistemas, talento humano , facturación y cartera , almacén y suministros , servicios administrativos), informe de dirección general, informe de los estados financieros dictamen del revisor fiscal .<br>En este documento no se encuentra la composición de la junta Junta Directiva e identificación del origen o 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) Quórum 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). l) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves), l) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves), m) Actividades de los Comités de la Junta Directiva, puesto que esta información se encuentra de manera clara en los estatutos de la organización o en el documento de buen gobierno codificado DE-IO-08.<br>5. Operaciones con partes vinculadas: La institución cuenta con políticas a observar para la gestión ética a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés en donde se contempla e manejo de la información y el uso de los bienes, la interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente. Se encuentra en el documento de código de ética y conducta codificado DE-IO-09.<br>Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial: contamos con la oficina de auditoria interna quienes en su manual de auditoria interna codificado DE-MA-01 en donde se plantean todas las funciones correspondientes , la gestión de riesgo, actividades de control.<br>Por otra parte los riesgos asistenciales, son analizados y gestionados desde la Dirección General, con el apoyo de la oficina de Calidad y Auditoría Médica, dado que son enfocados a los procesos misionales, tales como la prestación de servicios médico quirúrgicos, de apoyo diagnóstico y terapéutico y la docencia e investigación, todos con enfoque de Gestión clínica eficiente y segura. |
| 102 | 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. | 1 | la institución cuenta con el informe de gestión el cual es presentado tanto a la junta directiva y a la asamblea general , en el que se evidencia el dictamen del revisor fiscal presentado el informe de los estados financieros , sus responsabilidades, su opinión , párrafos de énfasis, procedimientos realizados , limitaciones inherentes , conclusiones |
| 103 | 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<br>con empresas off-shore. | N | La Institución no hace parte de un grupo empresarial |
| 104 | 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. | N | La Institución no hace parte de un grupo empresarial |
| 105 | Medida 105. La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones. | 1 | la institución cuenta con con los lineamientos en el documento de código de ética y buena conducta en nuestro sistema de información codificado con DE-IO-09 en donde se encuentran las directrices ética, valores institucionales . |
| 106 | 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 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. | 1 | la institución cuenta con el documento de código de ética y buena conducta codificado con DE-IO-09 que cumple con Las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.). b) Direccionamiento estratégico de la entidad. c) Los principios éticos. d) Los valores institucionales. e) Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en lo que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros.<br>Se cuenta con un manual de Sistema de Gestión de Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 107 | Medida 107. Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:<br>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. | 1 | Estos ítems se encuentran relacionados en el documento de código de ética y buena conducta en los puntos 5.2 entre los funcionarios de la organización, comportamiento en el trabajo y 5.3 en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes; lo mismo que en el manual de Sistema de Gestión de Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft. |
| 108 | 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. | 1 | La institución dispone del documento DE-PG-01 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE V2, que incluye los principios y valores éticos, y fue revisado y aprobado por la junta directiva. |
| 109 | Medida 109. La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y soborno, así como otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces. | 1 | La institución cuenta con un análisis de riesgos COF y soborno que complementan el PTEE. Este PTEE está aprobado por la junta directiva |
| 110 | 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. | 1 | La institución cuenta con un Código de Ética y Buen Gobierno que establece claramente las facultades y funciones de los empleados y asociados, asegurando así el cumplimiento de las normas de conducta. Para los administradores y demás vinculados o partes interesadas, hemos iniciado un proceso de depuración de información sobre proveedores, lo que nos permitirá establecer roles y responsabilidades más definidos. |
| 111 | Medida 111. La entidad realizará las siguientes acciones para poner en<br>marcha el PTEE:<br>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.<br>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.<br>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:<br>I. La divulgación tanto en el ámbito interno como externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta.<br>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. | 1 | La institución realiza la socialización de las políticas del PTEE en donde se realiza un acompañamiento a los pacientes y a sus acompañantes con un adecuado equipo medico, igualmente tenemos cono lineamiento no tolerar de ninguna manera el fraude, y soborno dentro de la institución, dando a conocer nuestra línea de canal de denuncias en caso tal de que se evidencie cualquier tipo de fraude dentro de la institución. |
| 112 | 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. | 1 | La institución 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. Este seguimiento lo realiza el Oficial de cumplimiento de la institución. |
| 113 | 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:<br><br>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. | 1 | La institución cuenta con un PTEE el cual fue aprobado por la junta directiva, se presenta una vez al año informes de gestión de riesgos |