

Reporte Circular 003 de 2018 - Año 2024		
Administradora Clínica La Colina S.A.S.		
No. Medida	Medida	Respuesta de Medida 1: Si, 0: No, N: No aplica
1	En los Estatutos Sociales y en el reglamento interno de la asamblea de accionistas se definen los derechos y obligaciones de los Accionistas. Y en el Código de Buen Gobierno se consagra lo siguiente: “Los accionistas ejercerán sus derechos legales y estatutarios con el apoyo de los diferentes órganos y funcionarios de la Sociedad. Se garantizarán en todo momento los derechos de los accionistas minoritarios”.	1
2	Los Accionistas tienen acceso permanente a la información de la sociedad y comunicación directa con las áreas administrativas y operativas de la misma y adicionalmente, se efectúan periódicamente reuniones a las cuales asisten los representantes de los accionistas.	1
3	La Asamblea en junio de 2020 aprobó su propio reglamento interno de conformidad con lo dispuesto en los estatutos sociales y en la Circular 003/2018. En él que se abarcan asuntos de convocatoria, celebración, derechos tipos de reuniones, entre otros.	1
4	Los Accionistas tienen acceso permanente de la información de la sociedad y comunicación directa con cada una de las áreas de la misma. Así mismo, en las convocatorias a las asambleas se le envía a los accionistas un link digital en el cual pueden consultar los documentos para aprobación, para el ejercicio de su derecho a inspección de acuerdo a lo previsto en la Ley y los Estatutos Sociales.	1
5	En las convocatorias se incluyen siempre los literales A al D de la medida, el literal E no es necesario por el tipo de miembros que son parte de la Junta Directiva, ya que al ser miembros patrimoniales, la evaluación de los candidatos de la Junta es efectuada directamente por los accionistas, previa a su postulación.	1
6	En las convocatorias y en las actas de reunión se define el orden del día en una secuencia lógica.	1
7	En los Estatutos Sociales se establecen como funciones de la Asamblea General de Accionistas los asuntos aplicables.	1
8	Junto con la convocatoria, los Accionistas reciben el documento para poder ser representados en la celebración de la reunión, en caso de que lo requieran.	1
9	Junto con la convocatoria los Accionistas reciben el documento para poder ser representados en la celebración de la reunión, así como también el instructivo de voto, en caso de que lo requieran.	1
10	En el reglamento de accionistas se establece que la convocatoria deberá enviarse a los miembros principales de la junta directiva, al gerente general y presidentes de los comités que se constituyan.	1
11	Se tienen contempladas las funciones de la asamblea en los estatutos de la compañía. Lo referente a la selección de miembros de la alta gerencia se define por parte de la Junta Directiva, sin embargo en caso de la Gerencia General es elegido con aval de los accionistas.	1
12	El 29 de diciembre de 2021 se hizo la inscripción que se evidencia en el Certificado de Existencia y Representación Legal y durante el 2023 se efectuaron las actualizaciones correspondientes.	1
13	Cada una de las sociedades de grupo empresarial cuenta con los 3 niveles de gobierno órganos y posiciones individuales clave. Frente a su relacionamiento, se cuenta con el informe de grupo empresarial, presentado en las Asambleas de Accionistas de cada sociedad.	1
14	Si bien es cierto se constituyó Grupo Empresarial, la implementación de esta medida se encuentra bajo estudio	0
15	En los Estatutos Sociales, en Reglamento Interno de Accionistas y Código de Buen Gobierno se establece los mecanismos de resolución de controversias, entre ellos, el arbitraje.	1
16	No aplica.	N

17	La entidad tiene implementado en los estatutos las responsabilidades señaladas en la medida que aplican.	1
18	La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y aprueba las políticas de la Compañía. La mayoría de las políticas descritas en la medida ya se encuentran aprobadas e implementadas y el asunto relacionado con el literal d) política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva, se encuentra documentado a través de un instructivo.	1
18	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las clínicas Country y Colina, se tienen aprobadas las políticas en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de las Clínicas y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad, la metodología y el sistema integrado de gestión de riesgos "SIGER" y se cuenta con la segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas.	0
19	La entidad tiene tres miembros principales y suplentes.	1
20	Junta Directiva es elegida por la Asamblea General de Accionistas, quien adopta los requisitos internos que considere pertinente.	1
21	Se cuenta con un instructivo para la formalización del nombramiento de los miembros de la Junta Directiva, en el que se incluye el diligenciamiento de la carta de aceptación por los nuevos miembros y para los ratificados, así como aspectos reacionados con inducción, reinducción, entre otros asuntos.	1
22	No se tienen miembros independientes, estos son nombrados directamente por los accionistas teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento.	0
23	No se tienen miembros independientes, estos son nombrados directamente por los accionistas teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento.	0
24	No hay directores ejecutivos que sean Directores de la Junta Directiva.	1
25	No se tiene Reglamento de Junta Directiva. Sin embargo en el Código de Buen Gobierno se preve que los organos de administración y dirección actuarán bajos los postulados de indepenca.	0
26	No se tiene miembros de Junta Directiva independientes.	0
27	No se tiene establecido un comité de gobierno organizacional.	0
28	No se cumple la medida como esta planteada, sin embargo, se hacen las validaciones de caracter legal de inhabilidades e incompatibilidades.	0
29	No se tiene un comité de gobierno organizacional, la Junta Directiva prepara la información a presentar a la Asamblea General de Accionistas.	0
30	No hay reglamento oficial para la Junta Directiva, en los estatutos se establecen responsabilidades y funciones.	0
31	Se cuenta con el instructivo en el que se incluyó la suscripción de una Declaración referente a temas de confidencialidad, conflictos de intéres, no obrar en intéres propio que es firmado por los miembros de la Junta Directiva	1
32	No hay reglamento oficial para la Junta Directiva, sin embargo en los estatutos se establecen responsabilidades y funciones.	0
33	Anualmente se elige el presidente de la Junta Directiva y dentro de sus funciones se encuentra validar el plan de trabajo de la Junta y velar porque los miembros reciban la documentación con la antelación suficiente.	1
34	Por estatutos la Junta Directiva debe sesionar trimestralmente. Sin embargo, durante el periodo 2024 se han acordado juntas mensuales, cuyo cronograma ya han sido compartido anticipadamente con los miembros de la Junta.	1
35	Anualmente se elige el presidente de la Junta Directiva de conformidad con lo dispuesto en los Estatutos Sociales y dentro de sus funciones se encuentra validar el plan de trabajo de la Junta y velar porque los miembros reciban la documentación con la antelación suficiente, la cual se remite previa y posteriormente a la sesiones.	1
36	Para el año 2024, se definió un nuevo metodo de evaluación considerando la medida, el cual esta en proceso de implementación.	0

37	A finales del año 2023 bajo el aval de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia de las Clínicas se toma la decisión de formalizar el proceso de Acreditación para Clínica La Colina para lo cual se genera plan de trabajo para la vigencia 2024 iniciando con un nuevo proceso de autoevaluación de estándares del Manual de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio en junio de 2024 con proyección de solicitud de visita por el Ente Acreditador en Diciembre del mismo año.	1
38	Conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Comités aprobado por la Gerencia General de la entidad, la Junta Directiva puede crear comités regulatorios e institucionales, los cuales al momento de su creación, cuentan con la disposición de objetivos, responsabilidades y el adecuado seguimiento a su gestión y a pesar que se encuentran creados los comités de Conducta, Contraloría, Mejoramiento Continuo y Riesgos, la medida no se cumple, pues estos comités no cuentan con la participación o injerencia de la Junta Directiva, solamente de la Gerencia General	0
39	Los comités creados se adhieren a las recomendaciones establecidas en el Reglamento de Comités y a las buenas prácticas recomendadas en esta medida, donde se solicita generar la planeación de actividades anuales. Adicionalmente se cuenta con el seguimiento periódico por parte de la Gerencia General y son monitoreados a través de SGI Almera donde reposa la evidencia de su gestión (actas, control de asistencia, plan de trabajo y seguimiento a compromisos), sin embargo la medida no se cumple en su totalidad, pues estos comités no tienen canales de comunicación con la Junta Directiva	0
40	En los Comités creados con el aval de la Junta, no se cuenta con miembros delegados por esta instancia, generalmente se ha delegado a la Gerencia General o al Comité de Gerencia.	0
41	Teniendo en cuenta que los comités creados hacen parte de las Buenas Prácticas de Gobierno Corporativo y han sido creados por disposición de la Gerencia General y sesionan con periodicidades acordes a las funciones designadas, la medida no se cumple, pues los comités no son de la Junta Directiva	0
42	No se tienen miembros independientes en la Junta Directiva.	0
43	Los espacios definidos a nivel institucional que cumplen con el propósito de asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes, se desarrollan a través del Comité de Mejoramiento y Ética y del Comité de Seguridad y Calidad, transversales en ambas Clínicas. Estos comités no tienen participación de miembro de Junta Directiva pero son moderados por la Dirección Médica. Periódicamente (por lo menos una vez el año) se presentan a nivel del Comité de Gerencia y de la Junta Directiva resultados del avance del Sistema Único de Acreditación y resultados a nivel de Calidad y Seguridad.	1
44	Aunque el Comité de Contraloría Interna fue conformado en mayo de 2023 por parte de la Gerencia General, no se cumple al 100% con los lineamientos de la medida al no participar miembros de junta directiva.	0
45	La mayoría de las funciones listadas se encuentran detalladas en el Acta de Conformación del Comité de Contraloría, en consecuencia, actualmente no se cumple con la totalidad de medida.	0
46	En la conformación del Comité de Contraloría, no contamos con la participación de Directores independientes	0
47	No se cuenta con un comité de Gobierno Organizacional como se establece en la medida, sin embargo se ha creado un Equipo Primario de Gobierno Corporativo, el cual se encuentra conformado por los representantes del área jurídica, Cumplimiento, Auditoría Interna, Riesgos y Control y Gestión de procesos, el cual tiene la función de asesorar y proporcionar acompañamiento integral en la implementación de buenas prácticas de Gobierno Corporativo.	0
48	Al no contar con esta instancia descrita como lo indica la medida, las funciones no se gestionan por esta instancia, sin embargo algunas de ellas en su estructura, están siendo desempeñadas por el Equipo Primario de Gobierno Corporativo.	0
49	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las Clínicas se tiene definida una política del sistema integrado de gestión del riesgo, donde las diferentes gerencias muestran su compromiso con la gestión de la calidad y del control y formula los objetivos con los cuales se gestionarán integral y gradualmente los riesgos mediante la convergencia de distintos modelos de gestión del riesgo, bien sea de carácter voluntario u obligatorio ordenados por el marco normativo legal aplicable a las Clínicas. Actualmente las 7 gerencias el oficial de cumplimiento corporativo y la jefe de calidad junto con el Gerente General hacen las veces del comité de riesgos.	0

50	Considerando lo citado en la respuesta de la medida 49, se aclara además que lo relacionado en la medida es desarrollado por otras áreas y en varios comités que sesionan mensualmente. Adicional en las Clínicas se cuenta con las siguientes políticas: Gestión de Riesgos, Política de los Subsistemas de riesgos Operacional, Salud, Financieros, Grupo, Actuarial debidamente aprobadas por la Junta Directiva. Código de Buen Gobierno, Modelo de Prevención, Código de Conducta, Manual de Sarlaft, Política SARLAFT, Política de Seguridad de la Información, Política Anticorrupción, Política de Relación con Funcionario Público, Política de Debida Diligencia, Política de Conflicto de Interés, Política de Donaciones a Campañas y Partidos Políticos, Política de Puerta Giratoria, Política de Confidencialidad y Política de No Represalias.	0
50	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las Clínicas se tiene definida una política del sistema integrado de gestión del riesgo, donde las diferentes gerencias muestran su compromiso con la gestión de la calidad y del control y formula los objetivos con los cuales se gestionarán integral y gradualmente los riesgos mediante la convergencia de distintos modelos de gestión del riesgo, bien sea de carácter voluntario u obligatorio ordenados por el marco normativo legal aplicable a las Clínicas.	0
51	La Junta Directiva aprobó el Código de Conducta, el cual establece un Comité de Conducta, el cual se conforma por un número impar de miembros, conforme a lo descrito en la medida	1
52	La Compañía cuenta con un Comité de Conducta, establecido en el Código de Conducta que tiene a cargo las funciones enunciadas por la medida, estas mismas se encuentran descritas dentro del Código	1
53	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Este se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmedica Colombia. El Modelo de Prevención responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.	1
54	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. El Modelo de Prevención se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmedica Colombia y su contenido responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.	1
55	Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. El Modelo de Prevención se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmedica Colombia y su contenido responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes.	1
56	La aplicación de los principios de control interno se llevan a cabo de la siguiente manera: Autocontrol. gestionado a través de la definición de la estructura organizacional, la existencia de perfiles y permisos, la segregación de funciones, el control en la asignación de permisos para acceder al sistema de información y el Sistema Integral de Gestión del Desempeño para colaboradores. Autorregulación. Se gestiona a través del Sistema de Gestión de Calidad, el Procedimiento para el manejo de documentación del sistema de gestión de calidad institucional, donde se plasman los lineamientos, políticas, manuales y procedimientos para el funcionamiento operativo. Autogestión. Lo gestionamos a través de lo descrito en el Manual de Gestión de Riesgos, el Sistema Integral de Cumplimiento en lo relacionado con el compromiso con la integridad y los valores éticos y el Manual de Calidad para asegurar el cumplimiento del ciclo de mejora continua.	1

57	<p>Los componentes del Sistema de Control Interno, se desarrollan de la siguiente manera: Ambiente de control, ejercido por los órganos de Gobierno Corporativo, quienes definen la la estructura organizacional, el direccionamiento estratégico y lineamientos institucionales. La Evaluación de Riesgos. a través Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, Las Actividades de Control, a partir de la priorización de procesos de la Gerencia y el monitoreo de controles derivados de la gestión de riesgos. La Información y Comunicación, a través de la gestión del Comité de Gobierno de la Información, donde se adapta la metodología de manejo, revelación y seguridad de la información institucional y la Supervisión se lleva a cabo por parte de Auditoría Interna , Revisoría Fiscal y/o los Entes Reguladores.</p>	1
58	<p>Las funciones asociadas al ambiente de control se desarrollan a través del relacionamiento y compromiso ético de los órganos de Gobierno Corporativo, definidos en el Código de Buen Gobierno y el compromiso con la integridad y los valores éticos, desarrollados en el Código de Conducta. El Direccionamiento Estratégico, la estructura Organizacional, la Planeación estratégica, el Mapa de procesos, la estructura financiera y presupuestal, así como los indicadores de gestión. La gestión de Personas, para la definición de perfiles, competencias, niveles de autoridad y responsabilidad y para finalizar, la gestión de la política ligada con el desempeño de la misión institucional</p>	1
59	<p>La medida se tiene implementada. La administración de riesgos en las Clínicas se efectúa bajo el modelo ISO31000. La identificación clasificación priorización medición y control de los riesgos operativos y de Sarlaft se realiza a través de matrices de riesgo construidas sobre la base de la experiencia y el conocimiento de cada dueño de proceso. El riesgo en salud se maneja de acuerdo con los lineamientos de Supersalud, para la identificación de las amenazas, priorización de su valoración, medición de impacto, frecuencia y medidas de control. Se aplica metodología para la medición y evaluación de los riesgos con criterios estándar para el análisis y determinación del impacto y la probabilidad de ocurrencia obteniéndose el nivel de riesgo inherente y residual. Las matrices contienen los controles establecidos por el dueño de proceso para mitigarlos y periódicamente desarrollan procesos de autocontrol mediante los cuales revisan el diseño y eficacia operativa de dichos controles permitiendo detectar y corregir fallas o inconsistencias.</p>	1
60	<p>a) A través del Comité de Gerentes se analiza la información para presentarla a la Junta Directiva, con el apoyo de la Revisoría Fiscal en la evaluación financiera, como parte de la planeación estratégica. b) El Manual de Gerencia de Información establece los lineamientos para garantizar la continuidad y operación adecuada de la tecnología, la administración de la tecnología de la información y su infraestructura, así como la adquisición de tecnología. c) Las clínicas disponen de procedimientos de mantenimiento de TI que cubren todas las fases del desarrollo, garantizando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. Además, cuentan con políticas y procedimientos para la gestión de cambios. d) Se implementan limitaciones de acceso físico y controles de acceso a los sistemas de información según el nivel de riesgo de cada área, asegurando la protección de los funcionarios, bienes, activos de terceros y la información. e) Las Clínicas disponen de una descripción de los perfiles y funciones del área, junto con un organigrama institucional y la estructura del proceso de Tecnología de la Información. f) Las Clínicas tiene una Política de Confidencialidad dentro de su Modelo de Prevención, accesible en su web. Aplica cláusulas de confidencialidad en todos los contratos y, en casos específicos, utiliza acuerdos adicionales para reforzar la protección de la información confidencial. g y h) La entidad se encuentra en proceso de implementar los gestores de riesgo que serán los encargados de evaluar la calidad del control interno a través del tiempo. Por ahora, la entidad está implementado los controles SOX donde se realizan actividades de monitoreo</p>	1
61	<p>La política de Seguridad de la Información y sus estándares anexos mantienen los controles de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de cada uno de los activos y los datos. Las medidas de Seguridad de la Información se contemplan en los rocedimientos Proceso perfiles y roles, Procedimiento de gestión de usuarios, Procedimiento Gestión de cambios Procedimiento control de acceso a redes y servicios de red, Procedimiento de gestión de incidentes de seguridad de la información .</p>	1

	La información que se difunde en Las Clínicas, da cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 y la Política de Revelación de la Información, alineado con el estándar de clasificación de información (Debidamente homologado) y el índice de Clasificación de Información, Clasificada y Reservada.	
62	Para asegurar el adecuado almacenamiento, conservación y custodia de la información, contamos con la política de backup /restore, la cual es administrada por el tercero contratado y sobre el cual se reciben informes periodicos contamos con el Procedimiento de gestión de usuarios y frente a la divulgación, tenemos reportes generales que se encuentran en la intranet y una serie de visualizaciones (Consulta externa, entre otros) de acuerdo a los diferentes perfiles y roles que existen dentro de las clínicas.	1
63	La información clasificada o sujeta a reserva se encuentra amparada bajo las políticas de Confidencialidad, Seguridad de la Información y Protección de Datos, las cuales establecen linemientos, mecanismos y controles para el acceso restringido de los colaboradores u otras personas a la misma.	1
64	Mensualmente se informa a la Superintendencia de Salud el FT001 el cual contiene las transacciones entre partes vinculadas y grupo empresarial.	1
65	Actualmente se tiene definida la Política de Seguridad de la Información y los estándares necesarios para el adecuado desempeño de la seguridad de la información institucional, la cual ha sido aprobada por la Gerencia, ha sido divulgada y se encuentra para consulta de todos los colaboradores	1
66	Como requisito para la gestión de las requisiciones (solicitud formal de cubrimiento de una vacante) se incluye la actualización (creación/validación) de la descripción de cargo. En este documento se establece tanto el objetivo del cargo como las principales responsabilidades a cargo, la estructura del área que permite identificar su impacto y las interacciones principales. Este documento debe ser firmado y leído al momento de la firma del contrato por parte del colaborador. Las descripciones de cargo reposan en físico en la HV de cada colaborador y en la Jefatura de Compensación (Gerencia de Personas) los formatos generales de cada cargo para la respectiva valoración de cargos.	1
67	La Subgerencia de Marketing y Comunicaciones de la entidad, se encarga de dar cumplimiento a los criterios establecidos en la medida.	1
68	La entidad está implementado los controles SOX donde se realizan actividades de monitoreo.	1
69	Se recibe el informe de forma anual, el cual es evaluado con la áreas responsables de los puntos de los cuales realizan la recomendación, con el fin de obtener el plan de acción para el año siguiente, el cual se revisa durante el siguiente entre la compañía y la firma de Auditoría Externa.	1
70	La Institución implementa diferentes mecanismos para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud y validar el cumplimiento de atributos de calidad en los cuales se enmarca la prestación del servicio, a través de actividades de auditoria para evaluar el cumplimiento a la adherencia de las políticas institucionales y la mejora de los procesos institucionales, el Sistema de seguridad del paciente, el cual permite monitorizar el resultado de la atención a través de la identificación y gestión de eventos adversos y fallas asociadas a la prestación del servicio, el Sistema de Calidad Institucional, donde se relacionan las actividades de seguimiento al cumplimiento de las directrices del SGC a través de procesos de autoevaluación, gestión de indicadores y acciones de auditoria. La gestión y resultados de los sistemas o fuentes antes mencionadas se exponen en diferentes espacios interdisciplinarios y en informes presentados al Comité de Gerencia. Como evidencia queda disponible la gestión de indicadores (gestión de procesos, KPIs, sistema de información para la calidad, la autoevaluación acreditación en salud y el informe de gestión de riesgos	1
71	Los resultados de la gestión realizada son socializados a la Gerencia General y los resultados y planes de mejora deberán ser notificados a la Junta Directiva en el informe de gestión anual.	1
72	Contamos con la política de salud, la cual ha sido aprobada por junta directiva y socializada al interior de la organización. Se consideran la orientación estratégica en procura de garantizar las dimensiones de la calidad en la prestación de los servicios. En ella se definen los lineamientos o niveles de calidad esperados, se establecen los objetivos para el logro de las mismas y se definen indicadores de seguimiento. Como evidencia queda la Política de Seguridad de Pacientes y los indicadores.	1

73	Se ha generado de acuerdo con lo establecido en el art 47 de la Ley 222 de 1995, además, la Gerencia Financiera se encarga de revisar de manera adecuada y mantener el control de la gestión financiera.	1
74	Esta medida esta soportada por el informe del Revisor Fiscal el cual es presentado a los Representantes Legales y este presentado posteriormente por estos últimos a la Junta Directiva.	1
75	Se encuentran plasmadas en el informe anual de los EEEF de cierre.	1
76	Los lineamientos para la adecuada gestión de la Seguridad de la Información, se han plasmado en la Política aprobada por la Junta Directiva, en la cual se incluyen los ciclos de planeación, adquisición, incorporación, uso, monitoreo, control y reposición de las tecnologías institucionales, los cuales pueden ser consultados por todos los colaboradores de la institución	1
77	En La Clínica se cuenta con diversos lineamientos a través de los cuales se desarrolla la gestión integral de los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, como lo son la Política de Seguridad de la Información, el Manual de Gerencia de la Información, Manual de Gestión de la Tecnología y de Equipo Biomédico, el Manual de Compras y Contratación y para asegurar los resultados, contamos con el soporte tecnológico que respalda la gestión.	1
78	En la definición de los Estatutos de la compañía, se tienen identificadas las funciones de la Junta directiva, sin embargo no se encuentran acordes con la totalidad del requerimiento de la medida	0
79	En el desarrollo de sus funciones, el Representante Legal de Las Clínicas, se encarga de gestionar el adecuado funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno, contando con el acompañamiento del Comité de Contraloría Interna, como equipo multidisciplinario que le ayuda a mantener un enfoque integral en el cumplimiento normativo y la articulación con los objetivos estratégicos de Las Clínicas.	1
80	El Representante Legal ha constituido el Comité de Gerencia, el cual sesiona semanalmente con todas las gerencias de línea y a través del módulo del Sistema de Gestión Integral Almera, se asegura la eficacia en la gestión, representada en el cumplimiento de sus funciones, obligaciones y responsabilidades de sus miembros y la gestión y custodia de las actas y compromisos adquiridos en las sesiones. Mensualmente los resultados obtenidos, son divulgados en las sesiones de Junta Directiva, donde rinde cuentas a los miembros y recibe retroalimentación sobre las directrices corporativas	1
81	Se cuenta con un Estatuto de Auditoría Interna donde se define entre otros los objetivos, autoridad y responsabilidad de la Auditoría.	1
82	Se cuenta con un Estatuto de Auditoría Interna donde se define, entre otros, que la actividad es independiente y la actitud del Auditor Interno es imparcial y neutral. Este estatuto fue realizado por la Casa Matriz (Banmedica Chile) y es de aplicabilidad regional.	1
83	El auditor es nombrado a discreción de los accionistas	1
84	El Director de Auditoría y su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, actitudes y competencias para su labor. Esa experiencia esta enmarcada en un cuadro que se diligencia anualmente.	1
85	Se cuenta con supervisión jerárquica definida y con un programa de revisión de calidad por los comités que ejercen supervisión sobre el área de auditoría.	1
86	El área de Auditoría Interna cuenta con un cronograma de las actividades a realizar durante el año. Adicionalmente, se cuenta con políticas y procedimientos para la función del auditor interno. Los informes emitidos con el resultado de cada auditoría se encuentran bajo revisión por parte de los comités que ejercen supervisión sobre el área de auditoría.	1
87	Dentro de las funciones que realiza anualmente el área de Auditoría Interna se cumple con: 1. el apoyo a la entidad en el mantenimiento de controles efectivos, promoviendo la mejora continua sin perjuicio de coadministrar con el funcionario de la entidad. 2. Realiza recomendaciones apropiadas para mejorar el gobierno corporativo interno. Tener un proceso para realizar una supervisión y verificación en que las acciones dadas por la Gerencia hayan sido efectivamente implantadas, dejando soporte de esta evaluación.	1
88	Se recibe certificación por parte de la Revisoría Fiscal indicando que los ingresos percibidos por las compañías no superan el 3% de sus ingresos totales.	1
89	No aplica.	N

90	Se tiene establecido como interlocutor de la sociedad el Gerente General, Director Médico y el Jefe de calidad. Asi como el procedimiento en caso de comunicación con la Junta Directiva.	1
91	No aplica.	N
92	La Clínica da respuesta oportuna a Supersalud sobre la información detallada de las metodologías de gestión del riesgo en el marco del reporte de cumplimiento de acciones de mejoramiento priorizadas en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud, la aprobación de políticas de los subsistemas de riesgos en salud y riesgos operativos, el diligenciamiento de formularios de autodiagnóstico sobre el grado de implementación del Código de Conducta y Buen Gobierno, los Subsistemas de Administración de Riesgos y del Programa de Transparencia y Ética Empresarial y la implementación de las circulares externas emitidas por la SNS frente a los subsistemas de riesgos, información respaldada en el informe de gestión de riesgos, presentado al Comité de Riesgos encabezado por la Gerencia General y a la Junta Directiva.	1
93	Se tiene un Manual Médico, en el cual se consignan las características requeridas para la adscripción de médicos a nuestra institución, basado en un modelo médico contenido en el direccionamiento estratégico, aprobado por la Junta Directiva. No obstante, no se tiene el detalle de la información establecida en la medida.	0
94	La Compañía tiene un Manual de Compras y una Política de Atribuciones que reúne lo descrito por la medida	1
95	La entidad tiene una política de revelación de la información aprobada por la Junta Directiva que contiene lo descrito en la medida.	1
96	Se tienen establecidos procedimientos para la gestión de reportes a los entes reguladores, enfocados en la validación y aseguramiento de la calidad de los datos, los cuales se encuentran a disposición de los órganos de control interno y externo, para su seguimiento y monitoreo.	1
97	La página Web de la Clínica se adhiere a los criterios relacionados en la medida, proporcionando cumplimiento a los lineamientos de la Ley de transparencia y acceso a la información pública, proporcionando información sobre los miembros o propietarios, información sobre la administración, información sobre los órganos de control y el perfil demográfico.	1
98	La página web de la Clínica divulga los criterios contemplados en la medida, suministrando información sobre los servicios habilitados, actividades de promoción y prevención en salud y a través de su Memoria de Sostenibilidad, se encuentra información asociada con el volumen de procedimientos y actividades en salud, la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso y resultados en salud y para finalizar información sobre el recurso humano de la institución	1
99	En la pagina web de La Clínica, se publica anualmente la información financiera con sus correspondientes notas y revelaciones, acorde con lo dispuesto en la normatividad. Adicionalmente se incluye en las memorias de sostenibilidad, la información administrativa y el resultado de las operaciones.	1
100	Se genera anualmente el Informe de Gobierno Organizacional, donde se plasma el resumen del desempeño de los órganos de Gobierno Corporativo y el cual previamente fue sujeto de revisión y aprobación por parte del Comité de Contraloría para posteriormente presentarse a la Junta Directiva.	1
101	Si bien para 2023 se presentó el informe de Gobierno Organizacional debidamente revisado y aprobado por el Comité de Contraloría, la medida no se cumple en la totalidad de los items relacionados	0
102	A la fecha no se han presentado salvedades en el informe del RF, sin embargo, en el momento en que se presente esta situación se aplicara la medida 102.	1
103	Existe el reporte denominado "INFORME ESPECIAL GRUPO EMPRESARIAL AÑO GRAVABLE 2023 ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA S.A.S", dando cumplimiento al art. 29 de la ley 222 de 1995, se encuentra disponible para que en cualquier momento que lo requiera la Superintendencia.	1
104	Se tiene conformado Grupo Empresarial, sin embargo la revelación de información a terceros no es integral y transversal, cada entidad la tiene de forma individual.	0

105	<p>La compañía ha establecido el Código de conducta que describe los valores, principios, compromisos y las pautas que deben orientar los comportamientos de todos los colaboradores y de la alta dirección, así mismo se encuentra el Modelo de Prevención que contempla políticas y directrices que permiten guiar el comportamiento y funciones de los colaboradores, el cual también incluye mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Estos documentos están disponibles en la intranet y página web.</p> <p>Por otro lado, la compañía tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias, para poner en conocimiento cualquier acto indebido o ilegal, y ha implementado un programa de capacitación para los colaboradores cuyo objetivo es reforzar la cultura ética, los valores y principios.</p>	1
106	<p>La compañía ha establecido el Código de conducta que describe los valores, principios, compromisos y las pautas que deben orientar los comportamientos de todos los colaboradores y de la alta dirección, así mismo se encuentra el Modelo de Prevención que contempla políticas y directrices que permiten guiar el comportamiento y funciones de los colaboradores, el cual también incluye mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Estos documentos están disponibles en la intranet y página web.</p> <p>Por otro lado, la compañía tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias, para poner en conocimiento cualquier acto indebido o ilegal, y ha implementado un programa de capacitación para los colaboradores cuyo objetivo es reforzar la cultura ética, los valores y principios.</p>	1
107	<p>El Código de conducta de la compañía describe las pautas de comportamiento para todos los colaboradores, dentro de las cuales se consideran cada una de las relacionadas en esta medida.</p>	1
108	<p>La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de prevención el cual está debidamente aprobado por Junta directiva, y el mismo compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de riesgos como corrupción, opacidad, fraude y soborno, así mismo cuenta con políticas corporativas entre las que se encuentran la de anticorrupción, conflicto de interés, relación con funcionario público, donaciones y otras.</p> <p>Por otro lado, se encuentra el Código de Conducta que describe los principios y valores que rigen el comportamiento de los colaboradores.</p>	1
109	<p>La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de prevención el cual está debidamente aprobado por Junta directiva, y el mismo compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de riesgos como corrupción, opacidad, fraude y soborno, así mismo cuenta con políticas corporativas entre las que se encuentran la de anticorrupción, conflicto de interés, relación con funcionario público, donaciones y otras.</p> <p>Adicionalmente se construyó en conjunto con los dueños de los procesos una matriz de riesgos y controles con el objetivo de prevenir y mitigar asuntos asociados a COF y soborno.</p>	1
110	<p>En el Modelo de prevención se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y las demás instancias que tienen obligaciones dentro de este programa como lo son la Junta Directiva, órganos de control y representante legal.</p>	1
111	<p>La compañía cuenta con el documento denominado Modelo de prevención aprobado por Junta directiva, el cual compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. En el mismo documento se describen las acciones que podría tomar la compañía en caso de evidenciar la infracción a los lineamientos allí descritos. Este documento se encuentra publicado en la intranet y página web de la compañía para conocimiento de cualquier tercero. También se han establecido mecanismos para el adecuado cumplimiento del modelo de prevención, como lo es el programa de capacitación, cláusulas contractuales, entre otros.</p>	1
112	<p>En el Modelo de Prevención se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y en su perfil de cargo se determinan las funciones, incompatibilidades e inhabilidades.</p>	1
113	<p>En el Modelo de prevención se establece al Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia como responsable de la administración del PTEE y en el mismo se establecen las funciones que tiene frente a este.</p>	1