

RESPUESTA A LA IMPLEMENTACION DE MEJORES PRACTICAS ORGANIZACIONALES CIRCULAR EXTERNA 003 DEL 24 DE MAYO DE 2018 Y CIRCULAR EXTERNA 045 DE 2021 – SUPERSALUD

CORTE DE LA INFORMACION: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así por los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ella suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otras.</p> | Si | <p>Todos los accionistas poseen acciones ordinarias, nominativas y de capital según los estatutos. No existen privilegios diferenciales entre accionistas</p> |
| <p>Medida 2. La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Maximo Organo Social, tales como un vinculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención a relaciones con miembros del Maximo Organo Social, reuniones informativas periódicas, entre otros, para que puedan expresar sus opiniones a plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o aquellas asociadas a su condición de miembros.</p> <p>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 Maximo Organo Social.</p> | Si | <p>La Secretaría Jurídica es el canal de soporte e información a los socios, es quien custodia la información de la sociedad y da acceso a los accionistas cuando lo requieren; además se establecen reuniones ordinarias y extraordinarias, conforme las necesidades de entrega de información a los accionistas. Además, la Gerencia se encuentra abierta a los requerimientos de los Accionistas. Finalmente, los accionistas pueden ejercer su derecho de inspección, el cual se encuentra depositado en los estatutos.</p> |
| <p>Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.</p> | Si | <p>En los estatutos sociales de la compañía, se encuentran contempladas las reglas de funcionamiento de la Asamblea General que se constituyen en su reglamento. Además, la sociedad cuenta con Código de Buen Gobierno Corporativo que incluye el alcance del máximo órgano social</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 4. La entidad facilita a los miembros del Máximo Organo Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.</p> | Si | <p>En la convocatoria a Asamblea se informa a los socios que durante el término legal tienen a su disposición los documentos exigidos por la ley y de manera previa a la reunión se les envía además la información pertinente. Además en la convocatoria a Asamblea, se indica el orden del día con la finalidad de que puedan informarse previamente sobre los temas a tratar.</p> |
| <p>Medida 5. La convocatoria a las reuniones del Máximo Organo Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos:</p> <p>a) El orden del día, evitando menciones genéricas.</p> <p>b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión.</p> <p>c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece.</p> <p>d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar.</p> <p>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.</p> | Si | <p>La convocatoria se hace en los términos exigidos por la ley y los estatutos sociales, con lugar, fecha y hora de la reunión, orden del día, indicaciones sobre el ejercicio del derecho de inspección conforme a la ley y dependencia ante la que se ejerce.</p> |
| <p>Medida 6. Sin perjuicio del derecho que les asiste a los miembros de presentar sus propuestas en las reuniones de Asamblea (ordinarias o extraordinarias), en el orden del día establecido para aquellas, se desagregan los diferentes asuntos por tratar de modo que no se confundan con otros, dando al orden del día una secuencia lógica de temas, salvo aquellos puntos que deban discutirse conjuntamente por tener conexidad entre sí, hecho que deberá ser advertido.</p> | Si | <p>Los temas a tratar en la Asamblea de Accionistas se establecen con claridad en el orden del día, el cual se comunica de forma anticipada con la convocatoria. Incluye además un punto de Varios y Proposiciones. Los temas se abordan en el orden propuesto, salvo solicitud y aprobación expresa de la misma Asamblea de Accionistas, quienes tienen la facultad de variar el orden propuesto.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 7. Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos:</p> <p>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.</p> <p>b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia.</p> <p>c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>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.</p> <p>e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad.</p> <p>f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas.</p> <p>Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.</p> | Si | <p>En los estatutos sociales se establecen los temas que deben ser aprobados por la Asamblea de Accionistas de forma restrictiva. En todo caso, los temas son incluidos en la convocatoria a la reunión de la Asamblea cuando a ello haya lugar.</p> |
| <p>Medida 8. Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.</p> | Si | <p>En la convocatoria se informa a los accionistas que, en caso de no poder asistir personalmente, podrán hacerse representar mediante poder otorgado por escrito. Quienes representen personas jurídicas deben presentar un certificado de la entidad competente, con el fin de acreditar su representación.</p> |
| <p>Medida 9. La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas</p> | Si | <p>La Clínica suministra a los accionistas un modelo de poder para ser representados en Asamblea, además suministra el formato de voto escrito, cuando haya lugar a ello, minimizando el uso del voto en blanco.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| 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. | | |
| Medida 10. El reglamento de la Asamblea de la entidad exige que los Directores de la Junta Directiva u órgano equivalente y, muy especialmente, los Presidentes de los Comités de la Junta Directiva, así como el Presidente Ejecutivo de la entidad, asistan a la Asamblea para responder a las inquietudes de los convocados. | Si | Los miembros de Junta son invitados a las reuniones de Asamblea. El Gerente de la Compañía es quien lidera la reunión y está presto para ampliar información y resolver inquietudes de los accionistas. |
| 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. f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes. | Si | En los estatutos sociales se establecen los temas que deben ser aprobados de forma restrictiva por la Asamblea de Accionistas y se establece expresamente estas funciones. |
| Medida 12. La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo | Si | La compañía declaró en debida forma la existencia de Grupo Empresarial y situación de control. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos. | | |
| Medida 13. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus Organos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno —Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia - los órganos y posiciones individuales dave, 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. | Si | La Sociedad cuenta con una estructura gubernamental del grupo empresarial totalmente identificada y visible en los portales web. Cada Sociedad que hace parte del Grupo Empresarial cuenta con su estructura organizacional en los tres niveles de gobierno (Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia) |
| 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. c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas. | Si | La Sociedad se ha adherido al Código de Conducta y Ético del Grupo Quirónsalud, desde el momento en que se incorporó como parte del Grupo Empresarial. Este documento es el marco conceptual que reglamenta las relaciones de las empresas que hacen parte del Grupo Empresarial con sus diferentes públicos de interés. |
| Medida 15. Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Organo Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje. | Si | Los mecanismos de resolución de controversias que se presenten entre los miembros de la Asamblea General de Accionistas, o entre estos y la Junta Directiva, se encuentra debidamente definido en los Estatutos de la Sociedad y en el Código de Buen Gobierno. La Sociedad privilegia el acuerdo mutuo, el arreglo directo y el dialogo entre las partes, como mecanismo previo a la instalación de un conflicto jurisdiccional. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>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.</p> | NA | <p>La compañía no es Caja de Compensación Familiar ni es operada por ninguna.</p> |
| <p>Medida 17. Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <p>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.</p> <p>b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario.</p> <p>c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad.</p> <p>d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>j) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia.</p> | Si | <p>La Junta Directiva tiene las atribuciones suficientes para ordenar que se ejecute o celebre cualquier acto o contrato comprendido dentro del objeto social y para tomar las determinaciones necesarias en orden a que la sociedad cumpla sus fines. Cuenta con la asignación de sus responsabilidades en los Estatutos de la Sociedad y en el Código de Buen Gobierno.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>k) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>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.</p> <p>m) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional.</p> <p>o) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers".</p> <p>p) Identificar las Partes Vinculadas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | | |
| <p>Medida 18. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como:</p> <p>a) Política de inversiones en activos de la entidad.</p> <p>b) Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido.</p> <p>c) Transacciones con bienes inmobiliarios.</p> <p>d) Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva.</p> <p>e) Política para permitir que se hagan denuncias</p> | Si | <p>La Junta Directiva se encarga de fijar las políticas de la sociedad en todos los órdenes de su actividad, entre otras las relativas a Gobierno Organizacional, Calidad, Riesgos, y Conducta; y a adoptar planes y programas para el desarrollo de las operaciones sociales, y dictar normas y reglamentos para la organización y funcionamiento de todas las dependencias de la sociedad.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.</p> | | |
| <p>Medida 18.1. Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces.</p> <p>Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.</p> <p>b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.</p> <p>c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.</p> <p>d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.</p> <p>e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.</p> <p>f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.</p> <p>g) Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.</p> <p>h) Garantizar los recursos técnicos y humanos</p> | Si | <p>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 asignaron efectivamente las funciones a la Junta Directiva</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.</p> <p>i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.</p> <p>j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.</p> <p>k) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.</p> <p>l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.</p> | | |
| <p>Medida 19. Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.</p> | Si | <p>La junta directiva se compone de un número impar de miembros cuyas decisiones se toman bajo el método de consenso, dada la actual composición de accionistas de la Sociedad.</p> |
| <p>Medida 20. La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta.</p> | No | <p>La designación de los Directores se hace por el criterio de experticia y conocimiento de la sociedad. Son directores patrimoniales designados por Asamblea de Accionistas.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 21. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiéndose por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (a reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido.</p> <p>En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p> | No | <p>Todos los miembros de Junta Directiva suscriben una carta de aceptación para el registro del nombramiento ante la Cámara de Comercio, pero no contiene toda la información señalada en esta medida</p> |
| <p>Medida 22. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>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.</p> <p>b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro a grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c) Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta</p> | No | <p>La composición de la Junta Directiva está conformada únicamente por Directores Patrimoniales directamente designados por la Asamblea de Accionistas.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad. | | |
| 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. | No | La composición de la Junta Directiva está conformada en su totalidad por Directores Patrimoniales. |
| Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos. | Si | En la Junta Directiva no hay Directores Ejecutivos según la definición de la Circular 003 de 2018. Los directores ejecutivos asisten en calidad de invitados para la entrega de la información a la Junta. |
| <p>Medida 25. Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes:</p> <p>a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | No | No se tiene prevista la declaración de independencia de los miembros de Junta Directiva por ser miembros patrimoniales |
| <p>Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. - 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes. | No | La composición de la Junta Directiva está conformada únicamente por Directores Patrimoniales directamente designados por la Asamblea de Accionistas. La Junta Directiva no cuenta con miembros independientes. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>Medida 27. La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos:</p> <p>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.</p> <p>I. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros.</p> <p>b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva.</p> <p>c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que pueda desempeñar adecuadamente sus obligaciones.</p> | No | <p>La Sociedad no cuenta con el procedimiento para la identificación de perfiles funcionales de los miembros de Junta Directiva articulado por Comité de Gobierno Organizacional, por no contar con este Comité.</p> |
| <p>Medida 28. La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.</p> | No | <p>La Clínica no cuenta con el procedimiento descrito.</p> |
| <p>Medida 29. La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el Órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.</p> | Si | <p>La conformación de la Junta Directiva es decidida por los accionistas reunidos en Asamblea y el representante legal también es aprobado por la Junta Directiva</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 30. El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Organo Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.</p> | No | <p>No existe procedimiento para evaluar la idoneidad de los directores de junta.</p> |
| <p>Medida 31. Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Organo 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.</p> | No | <p>Los actuales miembros de Junta no hacen esta declaración al asumir su cargo, ni suscriben Acuerdos de confidencialidad.</p> |
| <p>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 Organo Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.</p> | No | <p>La Junta Directiva cuenta con la definición de sus funciones y responsabilidades que se estructura como su reglamento, el cual está dispuesto dentro de los Estatutos Societarios y el Código de Buen Gobierno. No ha sido aprobado por Asamblea General de Accionistas, pero su naturaleza es vinculante para los directores de la Junta</p> |
| <p>Medida 33. El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.</p> | No | <p>Pese a no constar en un plan de trabajo propio de la Junta Directiva, ésta se reúne periódicamente para tomar las decisiones necesarias para la Sociedad y tanto el Presidente de la Junta Directiva como el Gerente de la Sociedad trabajan en proyectos en común en beneficio del interés general de la Sociedad.</p> |
| <p>Medida 34. La Junta Directiva sesiona mínima cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.</p> | No | <p>Conforme con los Estatutos de la Sociedad, la Junta Directiva debe reunirse cada seis meses y hace seguimiento de la estrategia de la Sociedad y toma decisiones al respecto.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| 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. | Si | Los miembros de Junta Directiva reciben de manera previa a las reuniones, el acta de la última reunión y la información que según el caso, deban conocer con antelación. |
| 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. | No | La Junta Directiva no realiza esta evaluación de eficacia como órgano colegiado. |
| Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos. | No | La Junta Directiva valida periódicamente los estándares de calidad de la Sociedad y hace seguimiento a los mismos, a nivel institucional; no obstante, no cuenta con estándares de calidad o referenciación como órgano colegiado. |
| 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. | Si | La Clínica cuenta con el Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo. |
| 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. | Si | El Comité creado por la Junta Directiva, cuenta con libro de Actas |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité. | No | No existen comités de Junta Directiva. Los comités son institucionales y vigilan el funcionamiento de la actividad de la compañía. Los miembros de los comités son nombrados por la gerencia. |
| Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre. | Si | La Clínica cuenta con el Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo que sesiona de manera trimestral. |
| Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes. | No | La Clínica cuenta con el Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo, el cual cuenta con un solo miembro independiente. |
| 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. | No | No existe el comité indicado en la medida. No obstante, la Gerencia si cuenta con comités de mejoramiento de la calidad que vigilan la calidad de la prestación de los servicios de salud brindados a los pacientes. |
| Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. | Si | La Clínica cuenta con el Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo. |
| Medida 45. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos: | Si | Las funciones del Comité de Auditoría se encuentran establecidos en su reglamento interno el cual fue aprobado por la Junta Directiva. |
| Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría. | No | La Clínica cuenta con el Comité de Auditoría, Riesgos y Gobierno Corporativo, el cual cuenta con un solo miembro independiente de los tres miembros que lo conforman. |
| 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. | No | La Junta Directiva no cuenta con Comité de Gobierno Organizacional. Las políticas de remuneración y nombramientos son liderados por la Gerencia y sus comités de Gestión corporativa. |
| Medida 48. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas: | No | La Junta Directiva no cuenta con Comité de Gobierno Organizacional. Las políticas de remuneración y nombramientos son liderados por la Gerencia y sus comités de Gestión corporativa. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>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.</p> | No | <p>El reglamento de La Junta Directiva no describe la creación de un Comité de Riesgos; sin embargo desde la Gerencia, si se tiene creado un comité de riesgos conformado por líderes de la organización con formación en diferentes campos, tales como salud ocupacional, epidemiología, finanzas, fraude e informática entre otros, el cual se reúne trimestralmente y evalúa con el apoyo del asesor externo del corredor de seguros la gestión de los riesgos y las amenazas que afectan el cumplimiento de las políticas y la planeación estratégica. Una vez el mapa de riesgos estratégico esta verificado en el comité de Gerencia, se presenta ante la Junta Directiva para su socialización y validación.</p> |
| <p>Medida 50. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). | No | <p>El reglamento de La Junta Directiva no describe la creación de un Comité de Riesgos. Se cuenta con el comité de riesgos de Gerencia, donde se revisa los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de la planeación estratégica, manejo de dichos riesgos (su plan de mitigación) y define las políticas de medición y seguimiento a la gestión de riesgos y existe un comité especial solo para la gestión del riesgo clínico, en donde se definen planes de mitigación para los eventos adversos y periódicamente en el comité ampliado de gerencia se revisa el cumplimiento de los indicadores asociados a la planeación estratégica, aquellos que son de ley y los que la Gerencia considera importante monitorear.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>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:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.</p> <p>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.</p> <p>g) Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta</p> | <p>Si</p> | <p>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 dieron funciones al Comité de Riesgos</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>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.</p> <p>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.</p> <p>i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 testing). • Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados. • Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.” | | |
| <p>Medida 51. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p> | <p>No</p> | <p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta. La supervisión de la conducta se realiza desde la Gerencia, a través de diferentes departamentos. Además, la sociedad cuenta con Código de Conducta y ética que vincula a todos los públicos de interés.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <p>a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.</p> <p>b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.</p> <p>c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.</p> <p>d) Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</p> | No | <p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta. La supervisión de la conducta se realiza desde la Gerencia, a través de diferentes departamentos. Además, la sociedad cuenta con Código de Conducta y ética que vincula a todos los públicos de interés.</p> |
| <p>Medida 53. El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti-corrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.</p> | No | <p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta. La supervisión de la conducta se realiza desde la Gerencia, a través de diferentes departamentos. Además, la sociedad cuenta con Código de Conducta y ética que vincula a todos los públicos de interés. Este código reglamenta las conductas de soborno y corrupción. Además, la sociedad cuenta con Manual de prevención del riesgo de Fraude, opacidad y corrupción</p> |
| <p>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).</p> | No | <p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta, sin embargo se cuenta con una línea ética a la cual se acede a través de la página web de la sociedad, en la cual se contempla el procedimiento para el reporte de presuntas irregularidades, se dispone de protocolo para actuar en caso de reportes a ésta línea. Además se cuenta con Código de Conducta y ética que incluye las conductas reprochables anticorrupción y antisoborno y medidas de transparencia. Además, la sociedad cuenta con Manual de prevención del riesgo de Fraude, opacidad y corrupción</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>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:</p> <p>a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas.</p> <p>b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.</p> <p>c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.</p> <p>d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.</p> <p>e) Riesgo de corrupciOn respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.</p> | No | <p>El reglamento de la Junta Directiva no contempla la creación de un comité de conducta, sin embargo se cuenta con una línea ética a la cual se acede a través de la página web de la sociedad, en la cual se contempla el procedimiento para el reporte de presuntas irregularidades, se dispone de protocolo para actuar en caso de reportes a ésta línea. Además se cuenta con Código de Conducta y ética que incluye las conductas reprochables anticorrupción y antisoborno y medidas de transparencia. Además, las sociedad cuenta con Manual de prevención del riesgo de Fraude, opacidad y corrupción</p> |
| <p>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:</p> <p>Autocontrol:</p> <p>Autorregulación:</p> <p>Autogestión:</p> | Si | <p>La organización tiene documentado todos sus procesos y actividades del Sistema de Control Interno, dentro de cada estándar, documentos de apoyo o manuales y estos a su vez soportan todo el sistema de calidad de los procesos. El Sistema de Control Interno contempla los niveles de autocontrol, autorregulación y autogestión.</p> |
| <p>Medida 57. La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (I) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.</p> | Si | <p>La sociedad cuenta con estructura de control interno que abarca: i) Ambiente de Control; ii) Gestión de Riesgos; iii) Actividades de Control; iv) Información y Comunicación; v) monitoreo y vi) Evaluaciones Independientes a través de la Revisoría Fiscal.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 58. En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> | Si | <p>La sociedad tiene definidos los principios y valores en el plan estratégico, se tiene adoptado e implementado el programa anual de capacitaciones, los procesos de inducción, re inducción y entrenamiento y el programa de bienestar laboral. La Sociedad cuenta con un Código de conducta y ético que describe el conjunto de principios, valores, y comportamientos esperados por todos los colaboradores de la organización. Además, se cuenta con Código de Buen Gobierno que reglamenta el funcionamiento de los órganos de gobierno</p> |
| <p>Medida 59. La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con la implementación del Sistema de Gestión del Riesgo conforme con los lineamiento de la Superintendencia de Salud. Como resultado de la evolución se elabora un mapa de riesgos grafico con el cual se define el plan de mitigación según el tipo de riesgo.</p> |
| <p>Medida 60. La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las areas, operaciones y procesos de la entidad, tales coma, las siguientes:</p> <p>a) Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva</p> <p>b) Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y apercacion adecuada....</p> <p>c) Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados....</p> <p>d) Limitaciones de acceso flsico a las distintas areas de la organización....</p> <p>e) Segregación de funciones.</p> <p>f) Acuerdos de confidencialidad.</p> <p>g) Procedimientos de control aleatorios.</p> <p>h) Difusión de las actividades de control.</p> | Si | <p>La sociedad cuenta con controles preventivos, correctivos y detectivos según el objetivo de riesgos, por proceso o áreas, estos a su vez incluyen una adecuada segregación de funciones, niveles de autorización, comités donde se discuten los informes de auditoria y se escalan jerárquicamente según el caso, existen niveles de aprobación por montos y topes, auditorias externas como Revisoría Fiscal realiza control, existen políticas de restricción de acceso al área física. Se cuenta con suscripción de Acuerdos de Confidencialidad. La Junta Directiva analiza informes presentados. Las actividades de autocontrol se encuentran desagregadas en las áreas y procesos de la sociedad.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>Medida 61. Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen, controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con un proceso de información integrado que es capaz de identificar la información que recibe y asignar el responsable del tratamiento. Además se cuentan con políticas de tratamientos de datos, historia clínica y confidencialidad de la información. Se cuenta con mecanismos de seguridad informática y restricción de acceso. Actualmente se encuentra en desarrollo el proceso de identificación de Flujos de Información, Tablas de Retención Documental e Índice de Información Clasificada y Reservada.</p> |
| <p>Medida 62. Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con la que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial a reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo la relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p> | Si | <p>Se publican los criterios de interés general en la página web de la institución conforme con el Índice de Transparencia de la Procuraduría General de la Nación. Se da cumplimiento a los lineamientos del Botón de Transparencia conforme con la Ley 1712 de 2014</p> |
| <p>Medida 63. A la información clasificada a sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente a con terceros para fines analíticos, estadísticos a de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (a cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).</p> | Si | <p>Se cuenta con un proceso documentado y divulgado de manejo y custodia de la información, los sistemas de información cuentan con perfiles de usuario para el acceso a las aplicaciones. A las historias clínicas solo tiene acceso el equipo de salud y el titular de la información. Existe Manual de Tratamiento de Datos Personales conforme con la Ley 1581 de 2012.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 64. A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adicionalmente, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo la dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p> | Si | <p>Las transacciones se procesa de manera sistemática y con controles automáticos del sistema de información que es cumpliendo con las NIIF, las cuales son auditadas y certificadas por la Revisoría Fiscal. La información relacionada con partes vinculadas del grupo empresarial es expuesta a los órganos de vigilancia y control y a los accionistas dentro del informe de gestión en reunión ordinaria anual</p> |
| <p>Medida 65. Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, la cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p> | Si | <p>El proceso de seguridad de la información esta conforme a las normas y se encuentra documentado con sus respectivos controles en el Sistema de Gestión de Calidad. Adicionalmente se suscriben con empleados, contratistas, proveedores acuerdos marco de confidencialidad, acuerdos de transmisión de la información y transferencia de datos, según corresponda.</p> |
| <p>Medida 66. Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.</p> | Si | <p>La sociedad cuenta con organigrama institucional que se socializa en el ingreso de cada empleado, adicionalmente cuenta con mapa de procesos que comprende la relación de los procesos que participan en la organización, así también cuenta con proceso de inducción y reinducción que incluye el Sistema de Control Interno. La sociedad tiene a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés diferentes medios de acceso a la información como página Web, cartelera comunitarias, buzón de sugerencias, correo electrónico, mensajería instantánea, cartelera físicas y virtuales, entre otros. Existen manuales donde se describe todo el manejo y control de la información de la organización tanto interna como externa.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>Medida 67. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicación. | Si | <p>La institución cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Canales de Comunicación: tiene implementados y funcionando diferentes canales de comunicación con sus públicos de interés, entre los que se destacan el sitio web, central de citas para pacientes, línea ética, comité de ética hospitalaria, asociación de usuarios, entre otros. b) Responsables de su manejo: Existe un área de Comunicaciones que se encarga de articular todos los medios y canales de comunicación con los diferentes públicos de interés con el objetivo de darles uniformidad y carácter de institucionalidad c) Requisitos de la información que se divulga: Manual de Comunicaciones que establece y unifica las normas generales que se deben aplicar para estandarizar las comunicaciones de la institución. d) Frecuencia de la Comunicación: esta es definida de acuerdo a la necesidad de la misma con cada uno de los públicos de interés. e) Destinatarios: Publico interno y Externo f) Controles al proceso: La adecuada administración de los documentos se encuentra debidamente documentada en manuales donde se definen los responsables, controles, frecuencias, entre otros y se socializa con todos los colaboradores. De igual forma, se adoptan procedimientos para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad y el cumplimiento para la generación de contenidos con credibilidad y utilidad para los públicos de interés. |
| <p>Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la 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</p> | Si | <p>Se ejercen actividades de auditoría interna y externa, que permanentemente monitorean la efectividad de los controles desde el área de Calidad, Control Interno, Revisoría Fiscal, Auditores Externos y Asesores Externos. Adicional al seguimiento realizado a los planes</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|--|
| <p>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.</p> | | <p>de mejoramiento, se monitorizan los procesos a través de la medición de indicadores trazadores.</p> |
| <p>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.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con Firma externa de Revisoría Fiscal, que ejerce una actividad de auditoría independiente de la Clínica y sus informes son socializados a la Gerencia, la Junta Directiva y la Asamblea de Accionistas.</p> |
| <p>Medida 70. La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de 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.</p> | Si | <p>Se cuenta con área de Gestión de calidad quien es la encargada de aplicar las metodologías de auditoría y evaluación sistemática de la atención en salud. Se cuenta con registro de indicadores de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, se hacen los reportes obligatorios en el marco de la resolución 256. Los resultados son sustentados por los responsables ante la Gerencia igualmente los indicadores de la línea estratégica de gestión clínica. Adicionalmente a los indicadores reglamentarios de la Resolución 256, a nivel corporativo y de Grupo Empresarial, se monitorean otros indicadores de accesibilidad, experiencia de paciente, oportunidad y seguridad de paciente.</p> |
| <p>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</p> | Si | <p>Los informes de auditoría interna a la calidad en salud que se realizan en el marco del PAMEC, son presentados a la Junta Directiva en cada reunión ordinaria, a través de los informes gerenciales además se hace verificación de las auditorías a nivel de Grupo Empresarial.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas. | | |
| Medida 72. La Junta Directiva u Organó equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. | Si | La Sociedad cuenta con la definición de políticas de gestión de la salud. Los informes de su ejecución se llevan a la Junta Directiva a través del informe de gestión gerencial. Parte de los indicadores son trazadores del Grupo Empresarial por lo que son revisados desde las diferentes Juntas Directivas. La Sociedad cuenta con las políticas establecidas en la norma. |
| 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 organó equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control. | Si | La información financiera es presentada ante la Junta Directiva y Asamblea de Accionistas con sus respectivas notas explicativas y anualmente se presenta los Estados Financieros debidamente certificados por la Revisoría Fiscal ante la Asamblea General, los cuales con anterioridad son puestos a disposición de manera detallada a todos los socios para responder preguntas con respecto a la información presentada, en caso de que tengan. La Junta Directiva y la Gerencia han definido la adopción de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF para la presentación de los resultados financieros de la Sociedad. |
| 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 organó equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma. | Si | Los informes son presentados periódicamente por la Administración ante la Junta Directiva que es el máximo órgano de administración, al igual que los casos de fraude. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 75. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Organos 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. | Si | <p>La Sociedad aplica todas las políticas de control en sus procesos y áreas. La Junta Directiva y la Gerencia han definido la adopción de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF para la presentación de los resultados financieros de la Sociedad.</p> |
| <p>Medida 76. La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con Políticas y procedimientos de Gestión de la Tecnología. Las políticas de gestión de la tecnología, están alineadas a las instrucciones del Invima y autoridades regulatorias</p> |
| <p>Medida 77. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Administración de proyectos de sistemas. b) Administración de la calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. | Si | <p>La gestión de la tecnología y el plan de actualización es aprobado desde el nivel corporativo, contiene las variables necesarias para el adecuado funcionamiento de la infraestructura tecnológica y cuenta con su correspondiente plan de infraestructura como agregado del Plan Estratégico anual de la Sociedad y del presupuesto aprobado por Junta Directiva y Asamblea General de Accionistas.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| n) Administración de operaciones de tecnología y documentación. | | |
| Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este Organismo, 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 organismo equivalente es la instancia responsable de: | Si | La Junta Directiva tiene establecidas responsabilidades específicas dentro del Sistema de Control Interno |
| 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: | Si | El Representante Legal tiene establecidas responsabilidades específicas dentro del Sistema de Control Interno |
| 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. | Si | Todas las transacciones y decisiones del Representante Legal se encuentran debidamente soportadas y documentadas a través de cartas, memorandos, actas del comité de Gerencia, Junta Directiva y Asamblea. Adicionalmente toda la información de la sociedad se pone a disposición para la Auditoría Interna, la Revisoría Fiscal y todos los documentos que soportan el SCI; de lo cual la Revisoría Fiscal emite anualmente un informe sobre la validación de todo el SCI y la eficacia de los controles según el ciclo de los procesos a auditar. Los protocolos, procedimientos, documentos, entre otros, están debidamente codificados en el Sistema de Gestión de Calidad. |
| 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 organismo 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. | Si | Se tienen los documentos aprobados por la Junta Directiva |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>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.</p> <p>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.</p> | Si | El Departamento de Auditoría Interna es directamente dependiente de la Junta Directiva. |
| <p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p> | Si | La Junta Directiva designa al Auditor Interno. |
| <p>Medida 84. Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios.</p> <p>Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p> | Si | El auditor interno tiene definido un perfil para el desempeño en el cargo con el fin de tener un funcionario con idoneidad. El líder del área cuenta con la asesoría de expertos para el desempeño de sus funciones. |
| <p>Medida 85. El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad.</p> <p>Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p> | Si | El proceso de Auditoría Interna se encuentra debidamente estructurado y documentado, garantizando la aplicación de la normatividad vigente en la materia. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>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:</p> <p>a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva.</p> <p>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.....</p> <p>c) Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna,</p> <p>d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con el área de Auditoría Interna, la cual aporta con actividades como la elaboración de un plan anual de auditoría, políticas y generación de informes; los requerimientos se comunican al Comité de Auditoría al igual que los resultados de los informes.</p> |
| <p>Medida 87. La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con un área de Auditoría Interna que 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.</p> |
| <p>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.</p> <p>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.</p> | Si | <p>Cada año el Revisor Fiscal evalúa la eficacia del Sistema de Control Interno y de la gestión de los riesgos y genera informes sobre ello, los cuales presenta a la Gerencia, cumple con los criterios de independencia su asignación corresponde con lo dispuesto en los Estatutos de la Sociedad.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 89. En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas par el ejercicio del proceso veedor.</p> | NA | <p>No se realizan audiencias de Rendición de Cuentas por no tratarse de una entidad del sector publico, sin embargo, anualmente se realizan informes de gestión que contiene la información sobre la gestión integral adelantada por la IPS.</p> |
| <p>Medida 90. La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:</p> <p>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 Unicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.</p> | Si | <p>La Junta designa al Representante Legal quien tiene a su cargo la gestión de interlocución con las secretarías de salud, adicionalmente el vigila: a) la Coordinación de actividades de salud pública; a través del Jefe de vigilancia epidemiológica para temas relacionados con enfermedades de interés en salud pública; y/o jefe de calidad. b) el Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos: a través del jefe de atención al usuario; c) el Sistema de atención al usuario: se cuenta con personal y línea única nacional ya descrita; d) los Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor; el Jefe de calidad lidera temas de habilitación y demás requisitos legales así como auditorias con entes de control .</p> |
| <p>Medida 91. La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunion:</p> <p>a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud. b) Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunion.</p> | NA | <p>No se realizan audiencias de Rendición de Cuentas Académicas, por no tratarse de una entidad del sector publico, sin embargo, periódicamente se realizan eventos académicos de actualización y se realiza el seguimiento a las conductas científicas institucionales de manera que se realice la respectiva medición de adherencias y resultados.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| 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. | Si | La Clínica hace los reportes legalmente exigibles por la Superintendencia Nacional de Salud |
| 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. | Si | La Clínica cumple con los estándares de calidad y habilitación de servicios que contempla la suficiencia del personal, además, cuenta con procedimientos de contratación que vigila la credencialización de todo el cuerpo médico, sea a través de la contratación laboral o a través de la contratación por prestación de servicios. |
| 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. | No | Se cuenta con política de compras la cual es aprobada por la Gerencia, no por la Junta Directiva |
| Medida 95. La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: a) Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. b) La información que se debe revelar. c) La forma como se debe revelar esa información. d) A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stake holders). | Si | La Clínica identificación de Flujos de Información, Tablas de Retención Documental e Índice de Información Clasificada y Reservada. |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 96. La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la Revisoría Fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p> | Si | <p>La Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal hacen una evaluación independiente y dentro de su trabajo incluyen la revisión de datos en salud, pero no con una cobertura del 100%, están enfocados a todo lo que tenga que ver con revelaciones financieras que a su vez se reportan a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> |
| <p>Medida 97. La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, Util para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces:</p> <p>Información de la Entidad... Información sobre los miembros o propietarios... Información sobre la administración.... Información sobre los órganos de control... Información sobre los usuarios...</p> | Si | <p>La sociedad cuenta con el sitio web, con un botón de transparencia en el que hay dispuesta información relevante de la institución y adicionalmente se encuentra publicada la política de protección de datos de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Protección de Datos Personales reglamentado por la Constitución Política Nacional, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás preceptos normativos. La sociedad cuenta con Botón de Transparencia, en conformidad con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 y los lineamientos de la Procuraduría General de la Nación.</p> |
| <p>Medida 98. La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <p>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.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con Botón de Transparencia, en conformidad con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 y los lineamientos de la Procuraduría General de la Nación.</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 99. La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> | Si | <p>En el sitio web están publicados los estados financieros presentados a la Superintendencia Nacional de Salud en los últimos 3 años. La sociedad cuenta con Botón de Transparencia, en conformidad con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 y los lineamientos de la Procuraduría General de la Nación.</p> |
| <p>Medida 100. La entidad prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Junta Directiva, previa revisión e informe favorable del Comité de Contraloría Interna, que se presenta junta con el resto de documentos de cierre de ejercicio.</p> <p>Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar par su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p> | Si | <p>Anualmente se prepara el informe que es primero presentado a la Junta Directiva para su aprobación y posteriormente entregado a los socios para ser evaluado y aprobado en la Asamblea Ordinaria de Accionistas.</p> |
| <p>Medida 101. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:</p> <p>Estructura de la propiedad de la entidad a Grupo Empresarial.</p> <p>a) Capital y estructura de la propiedad de la entidad.</p> <p>b) Identidad de los miembros del Maxima Organo Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores a igual al 5%), directas e indirectas.</p> <p>c) Información de las acciones de las que directamente (a título personal) a indirectamente (a través de entidades u otros vehiculos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen.</p> <p>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 si.</p> <p>e) Negociaciones que los Directores de la Junta</p> | Si | <p>Se presenta la información de acuerdo con los lineamientos indicados en la medida</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad.</p> <p>f) Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máxima Órgano Social de los que se tenga conocimiento.</p> <p>g) Acciones propias en poder de la entidad.</p> | | |
| <p>Medida 102. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna.</p> <p>Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.</p> | Si | <p>En caso de ser necesario la Revisoría Fiscal tiene la facultad para citar en el momento que lo requiera a la Junta Directiva o Asamblea y anualmente emite informes sobre los estados financieros auditados y a la fecha no hemos tenido informes con salvedades.</p> |
| <p>Medida 103. Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.</p> | Si | <p>Dentro del informe anual se establece el detalle de las operaciones entre partes vinculadas.</p> |
| <p>Medida 104. En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.</p> | Si | <p>El grupo empresarial, se encuentra declarado y, en tal sentido, realiza revelación de información a terceros en la medida en que sea legalmente obligatorio</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|--|
| <p>Medida 105. La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una IPS debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno. La entidad debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades. Los objetivos de estas políticas, medidas, acciones y valores del código de integridad son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción, la opacidad y el fraude que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. La implementación y seguimiento de estas medidas van estrechamente ligados a las políticas y principios establecidos por la entidad, y deben estar provistos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.</p> <p>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.</p> | <p>Si</p> | <p>La Sociedad cuenta con Código de conducta y ética, Código de buen gobierno, Programa de transparencia y ética y Políticas y manuales relacionadas con la prevención del fraude, la opacidad y la corrupción. La sociedad cuenta con canales de denuncia y sus políticas incluyen los valores y principios que rigen su comportamiento</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>Medida 106. Los lineamientos de conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con Código de conducta y ética, Código de buen gobierno, Programa de transparencia y ética y Políticas y manuales relacionadas con la prevención del fraude, la opacidad y la corrupción. La sociedad cuenta con canales de denuncia y sus políticas incluyen los valores y principios que rigen su comportamiento (incluyen las variable de esta medida)</p> |
| <p>Medida 107. Los lineamientos de conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. | Si | <p>La Sociedad cuenta con Código de conducta y ética, Código de buen gobierno, Programa de transparencia y ética y Políticas y manuales relacionadas con la prevención del fraude, la opacidad y la corrupción. La sociedad cuenta con canales de denuncia y sus políticas incluyen los valores y principios que rigen su</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>c) La importancia de colaborar con las autoridades.</p> <p>d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</p> | | comportamiento (incluyen las variable de esta medida) |
| <p>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.</p> | Si | La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida |
| <p>Medida 109. La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.</p> | Si | La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida, esta hecho con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno. Se encuentra aprobado por Junta Directiva |
| <p>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.</p> | Si | La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida. Se encuentra asignado al Oficial de cumplimiento |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|---|-----------|---|
| <p>Medida 111. La entidad realizará las siguientes acciones para poner en marcha el PTEE:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>I. La divulgación tanto en el ámbito interno y externo del compromiso relacionado con la prevención de cualquier práctica corrupta.</p> <p>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.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida</p> |
| <p>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.</p> | Si | <p>La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida. Se encuentra asignado al Oficial de cumplimiento</p> |

| Medida | Se Cumple | Respuesta de la Clínica Imbanaco |
|--|-----------|---|
| <p>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:</p> <p>a) Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE.</p> <p>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.</p> <p>c) Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces.</p> <p>d) Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.</p> <p>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.</p> <p>f) Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.</p> <p>g) Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.</p> <p>h) Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.”</p> <p>Por medio de la presente circular se modifican las Circulares Externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo aquí dispuesto.</p> | <p>Si</p> | <p>La Sociedad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética empresarial que contiene los requerimientos de esta Medida. Se encuentra asignado al Oficial de cumplimiento y tiene definidas sus funciones</p> |