

Medida	Respuesta a la adopción o no de la medida. 1: SÍ; 0: NO; N: NO APLICA	Explicación
Medida 1. La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de una misma categoría, determinada así por los estatutos de la entidad, se encuentran en las mismas condiciones, sin que ello suponga el acceso a información privilegiada de unos de los miembros respecto de otros.	1	El máximo órgano social de la ESE HUS constituye la Junta Directiva, la cual cuenta con su propio reglamento interno, establecido mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 056 del 17 de diciembre de 2013, donde en su artículo 14, determina quiénes son los miembros de la Junta Directiva, con unas funciones específicas de acuerdo a la normatividad vigente y para quienes se garantiza un trato igualitario para el ejercicio de sus funciones. Por otra parte, como medida para promover y garantizar un relacionamiento institucional ético, el Código de Buen Gobierno de la institución contempla en su medida 7.7 que la información institucional debe ser objetiva y debe estar disponible, accesible y comprensible para los públicos de interés de la institución, entre ellos la Junta Directiva.
Medida 2. La entidad cuenta con mecanismos de acceso permanente y uso dirigido exclusivamente a los miembros del Máximo Órgano Social, tales como un vínculo en la web de acceso exclusivo para ellos, o una oficina de atención o relaciones con miembros del Máximo Órgano Social, reuniones informativas periódicas, entre otros para que puedan expresar sus opiniones o plantear inquietudes o sugerencias sobre el desarrollo de la entidad o aquellas asociadas a su condición de miembros. De igual manera, la entidad cuenta con un conducto regular para la solicitud de información clara, oportuna y confiable por parte de los miembros del Máximo Órgano Social.	1	En la ESE HUS se cuenta con un profesional de gerencia, donde una de sus actividades es ser el punto de enlace directo de los Miembros de la Junta Directiva con los colaboradores y partes interesadas, así como el envío de informes, invitaciones, requerimientos, sugerencias. También se encarga de divulgar las actas de Junta Directiva a cada uno de sus miembros y los actos administrativos emanados de este órgano de dirección. Estas actividades están definidas en el estatuto de Junta Directiva de manera que se garantice el envío de la información a los miembros de manera clara, oportuna y confiable. Además, la institución dispone de la plataforma tecnológica llamada ALMERA en la cual se encuentra la información relacionada con todos los indicadores administrativos, asistenciales, financieros, estratégicos y demás. En este sentido la institución dispone de claves de acceso para que los miembros de la Junta Directiva consulten la información que sea de su interés
Medida 3. La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración.	N	Por su naturaleza jurídica, la ESE HUS no cuenta con asamblea general.
Medida 4. La entidad facilita a los miembros del Máximo Órgano Social la toma de decisiones informadas en la Asamblea General, poniendo a su disposición, dentro del término de la convocatoria, en el domicilio social y en una página web de acceso restringido a los miembros, la documentación necesaria sobre los temas por tratar.	1	Dentro del reglamento interno de Junta Directiva se tiene definida el mecanismo para realizar las convocatorias a sesiones ordinarias y extraordinarias de Junta Directiva, de manera física como en medio electrónica, siendo medios suficientes para compartir la información. De igual manera, cuenta con correo electrónico de Junta Directiva desde donde se envía previamente la información a ser discutida en las sesiones y de acuerdo al orden del día programado.
Medida 5. La convocatoria a las reuniones del Máximo Órgano Social se realiza, como mínimo, con la antelación establecida en la ley, y contiene, por lo menos: a) El orden del día, evitando menciones genéricas. b) El lugar específico, fecha y hora de la reunión. c) Lugar, oportunidad y persona ante quien podrá ejercerse el derecho de inspección, en los casos en que la ley lo establece. d) El mecanismo utilizado para garantizar que los asociados estén debidamente informados, de los temas a tratar. e) Cuando sea necesario, los posibles candidatos a conformar la Junta Directiva, junto con la información sobre sus perfiles (experiencia, especialidad, estudios) y la evaluación que de ellos se haya hecho según los procedimientos previstos para el efecto.	1	De conformidad con el reglamento interno de Junta Directiva, la ESE HUS pone a disposición de la Junta Directiva la información requerida para sus reuniones y respectiva toma de decisiones. Esta es enviada a través de correo electrónico, previo a la realización de las sesiones con los documentos de soporte. La convocatoria a las reuniones ordinarias o extraordinarias de la Asamblea, se realizan con mínimo 3 días hábiles de anticipación y debe contener fecha, hora, lugar y agenda por tratar. Adicionalmente, en la primera reunión del año se aprobará el cronograma de las reuniones ordinarias de todo el año. No obstante, la Junta Directiva podrá reunir en otras fechas distintas de las previstas en el calendario anual de sesiones, cuando ella así lo disponga, siempre que se realice la convocatoria con una antelación igual o mayor de 2 días calendario, salvo que por razones de urgencia ello no fuera posible.
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.	1	Se tiene establecido al interior de la Junta Directiva desde la convocatoria, la agenda en orden lógico y secuencial que permita tener reuniones altamente efectivas, evitando la repetición de temas a tratar, siguiendo el procedimiento establecido en el Reglamento Interno de Junta Directiva.
Medida 7. Existen algunos temas de vital importancia que son decididos por la Asamblea General, y no únicamente por la Junta Directiva, entre ellos: a) Segregación, fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras u otras formas de reorganización, disolución anticipada, renuncia al derecho de preferencia, cambio del domicilio social y modificación del objeto social. b) La aprobación de la política general de remuneración de la Junta Directiva y la Alta Gerencia. c) La aprobación de la política de sucesión de la Junta Directiva. d) La adquisición, venta o gravamen de activos estratégicos que a juicio de la Junta Directiva resulten esenciales para el desarrollo de la actividad, o cuando, en la práctica, estas operaciones puedan devenir en una modificación efectiva del objeto social. e) Establecer un proceso de selección del Revisor Fiscal y de los órganos de control bajo criterios de independencia e idoneidad. f) Establecer y aprobar la política de creación de organizaciones subordinadas. Estos temas son incluidos en la convocatoria cuando a ello haya lugar.	1	Las funciones de Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado se encuentran definidas en el Decreto 1876 de 1994 y la Ley 1438 de 2011.
Medida 8. Teniendo en cuenta los límites previstos en el artículo 185 del Código de Comercio o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen, la entidad no limita el derecho del miembro a hacerse representar en la Asamblea General, pudiendo delegar su voto en cualquier persona, sea esta miembro o no.	N	Por su naturaleza jurídica, la ESE HUS no cuenta con asamblea general.
Medida 9. La entidad minimiza el uso de delegaciones de voto en blanco, sin instrucciones de voto, promoviendo de manera activa el uso de un modelo estándar de carta de representación que la propia entidad hace llegar a los convocados o que publica en su página web. En el modelo se incluyen los puntos del Orden del Día y las correspondientes Propuestas de Acuerdo conforme al procedimiento establecido con anterioridad. Aquellas propuestas serán sometidas a la consideración de los convocados, con el objetivo de que el constituyente, si así lo estima conveniente, indique, en cada caso, el sentido de su voto a su representante.	N	Por su naturaleza jurídica, la ESE HUS no cuenta con asamblea general.
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.	1	En el reglamento interno de Junta Directiva, en su Artículo 23 se definen las funciones del presidente de la Junta Directiva y el gerente quienes tienen el deber de asistir a cada una de las sesiones de la junta ordinaria y extraordinaria a las que sea invitado con la puntualidad requerida, de conformidad con el Decreto 1876 de 1994 y la Ley 1438 de 2011.

<p>Medida 11. Se tienen como funciones aquellas dispuestas en los estatutos y en el reglamento de funcionamiento de la propia Asamblea General, sin perjuicio de lo dispuesto por la normatividad legal vigente para cada entidad en particular. 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.</p>	1	<p>En el reglamento de Junta Directiva de la ESE HUS en el Artículo 16 se definen las funciones de la junta directiva sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por Ley, Decreto, Acuerdos u otras disposiciones legales, especialmente lo definido en el Decreto 1876 de 1994 y la Ley 1438 de 2011.</p>
<p>Medida 12. La entidad se compromete a declarar la existencia del Grupo Empresarial, cuando a ello haya lugar, haciendo visible al público interesado y a las entidades de control esta situación, por los medios idóneos.</p>	N	<p>La ESE HUS no hace parte de un grupo empresarial</p>
<p>Medida 13. Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno - Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia - los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial.</p>	N	<p>La ESE HUS no hace parte de un grupo empresarial</p>
<p>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. d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros. e) Los criterios o manera de determinar el precio y condiciones de los negocios entre entidades del Grupo Empresarial y de los servicios comunes prestados por alguna de ellas o terceros. f) La búsqueda de la cohesión del Grupo Empresarial, mediante una visión común y compartida de las posiciones clave de la Arquitectura de Control como contraloría interna (también denominada auditoría interna) y gestión de riesgos. g) La actuación y coordinación de los Comités de la Junta Directiva de la matriz y de los Comités que sea conveniente u obligatorio constituir en las Juntas Directivas de las subordinadas. h) Las situaciones que generan conflicto de interés, los mecanismos previstos para resolverlos y las consecuencias derivadas de incurrir en ellos. i) La previsión de que cuando se presenten operaciones vinculadas entre una empresa subordinada y su empresa matriz, se aplicará con especial sensibilidad y rigor la política de administración de conflicto de interés, para asegurar, entre otras cuestiones, que las operaciones propendan hacia precios y condiciones de mercado.</p>	N	<p>La ESE HUS no hace parte de un grupo empresarial</p>
<p>Medida 15. Salvo para aquellas disputas entre miembros del Máximo Órgano Social, o entre miembros del mismo y la entidad o su Junta Directiva, que por atribución legal expresa deban dirimirse necesariamente ante la jurisdicción ordinaria, los estatutos de la entidad incluyen mecanismos para la resolución de controversias tales como el acuerdo directo, la amigable composición, la conciliación o el arbitraje.</p>	0	<p>El Código de Buen Gobierno cuenta con mecanismos de resolución de controversias entre los miembros de Junta Directiva y el nivel de dirección de la entidad o entre miembros de la Junta Directiva y la ESE HUS.</p>
<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>	N	<p>No aplica</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: a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico. b) Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario. c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad. d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico. e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación. f) Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación. g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables. h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor. i) Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la entidad, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores y los proveedores. j) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia. k) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva. l) Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas. m) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno. n) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional. o) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers". p) Identificar las Partes Vinculadas. q) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia. r) Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad. 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>1</p>	<p>La Junta Directiva aprueba cada periodo de gestión (4 años) el Plan de Desarrollo Institucional, dando del cual se define la orientación estratégica de la ESE HUS y realiza seguimiento al Plan Operativo Anual cuyas metas anuales dan cumplimiento a este Plan, así como la aprobación del presupuesto anual para su financiación. En sesiones ordinarias y extraordinarias periódicamente se evalúan los indicadores de calidad en el servicio y procesos de atención. La ESE HUS cuenta con una política y programa integral de gestión del riesgo, cuyos riesgos son identificados, valorados, gestionados, controlados y evaluados. De igual manera, se cuenta con la política de control interno que junto con el sistema de gestión dan cumplimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, lo cual constituye una de las metas del plan de desarrollo. La ESE HUS cuenta con una política de comunicaciones y de gerencia de la información que da cumplimiento a los objetivos institucionales y a los requerimientos de sus grupos de interés. En el código de Buen Gobierno se encuentran incluidas las responsabilidades de la Junta Directiva referentes a los numerales n y q. El manejo de los conflictos de intereses se aborda en el artículo 27 del reglamento interno de Junta Directiva.</p>
<p>Medida 18. La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y otras políticas que debe establecer y aprobar, tales como: a) Política de inversiones en activos de la entidad. b) Política de compras que sobrepasen cierto monto, por ellos establecido. c) Transacciones con bienes inmobiliarios. d) Política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva. e) Política para permitir que se hagan denuncias ante sospechas de comportamientos no adecuados por parte de otros Directores de la Junta Directiva o de empleados de la organización.</p>	<p>1</p>	<p>La Junta Directiva de la ESE HUS realiza la revisión periódica de la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, enmarcada en el cumplimiento del Decreto 612 de 2018. De igual manera, las adiciones, modificaciones presupuestales y los proyectos de inversión deben ser aprobados en esta instancia, al igual que el seguimiento a las ejecuciones del presupuesto y contratación. Las decisiones tomadas se expresan mediante actos administrativos (Acuerdos de Junta Directiva) y las respectivas actas. Los conflictos de interés también se encuentran definidos en el reglamento interno de Junta Directiva y en el Código de Buen Gobierno.</p>
<p>Medida 19. Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>Conforme al Artículo 7 del decreto 1876 de 1994, parágrafo segundo, Decreto 2993 de agosto 19 de 2011, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 11 del ordenanza departamental 0025 del 4 de febrero de 2005, por el cual se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, La E.S.E HUS tendrá una Junta Directiva compuesta por nueve (9) miembros, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad; un tercio de éstos representen al sector científico de la salud y un tercio de ellos representen al sector político administrativo.</p>
<p>Medida 20. La entidad adopta ciertos requisitos, en adición a los establecidos legalmente, para la designación de Directores. Los requisitos aluden a la experiencia, conocimiento, formación académica y destrezas profesionales, para el mejor desarrollo de las funciones de la Junta.</p>	<p>1</p>	<p>En el artículo 4 del reglamento interno de Junta Directiva se mencionan los requisitos para miembro de este órgano, lo cual va en concordancia con el Artículo 8 del Decreto 1876 de 1994, parágrafo segundo, Decreto 2993 de agosto 19 de 2011, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 14 del Decreto Departamental 0025 del 4 de febrero de 2005, por el cual se crea la ESE HUS.</p>
<p>Medida 21. Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiendo por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (o reelegido) Director de la Junta Directiva asume con la entidad. Esta carta, aborda cuestiones tales como: plazo del nombramiento; deberes y derechos; compromisos estimados de tiempo; programa de inducción; remuneración; gastos; devolución de documentos; terminación de la designación; pólizas de responsabilidad civil de administradores y directivos; reuniones estimadas; conflictos de interés; aceptación de la normativa interna de la sociedad y sujeción a los principios de la misma (Estatutos, Reglamentos, Código de Conducta y de Buen Gobierno, entre otros). Al firmar la Carta de Aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>	<p>1</p>	<p>Todos los miembros de la Junta Directiva para el ejercicio de sus funciones y de acuerdo al estamento al cual representan, realizan previamente el debido proceso para su nombramiento, reciben los estatutos de la ESE HUS y el reglamento de junta directiva donde están definidas sus funciones y responsabilidades, además de la inducción a otros temas específicos del hospital como el manejo de sistemas de información a los que tienen acceso, presentación de los sistemas de gestión de la institución, entre otros asuntos de interés para la junta directiva. De igual manera, la normatividad legal vigente establece el procedimiento para el nombramiento, funciones y responsabilidad de los miembros de Junta Directiva.</p>
<p>Medida 22. La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema: a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado. b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva. c) Directores Ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con un estatuto interno, donde en su artículo 14, determina quiénes son los miembros de la Junta Directiva, Conforme al Artículo 7 del decreto 1876 de 1994, parágrafo segundo, Decreto 2993 de agosto 19 de 2011, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 11 del decreto departamental 0025 del 4 de febrero de 2005, por el cual se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, La E.S.E HUS tendrá una Junta Directiva compuesta por nueve (9) miembros, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad; un tercio de éstos representen al sector científico de la salud y un tercio de ellos representen al sector político administrativo</p>
<p>Medida 23. El Reglamento de la Junta Directiva, estipula que los Directores independientes y patrimoniales son siempre mayoría respecto a los Directores ejecutivos, cuyo número, en el supuesto de integrarse en la Junta Directiva, es el mínimo necesario para atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la Alta Gerencia de la sociedad.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con un estatuto interno, donde en su artículo 14, determina quiénes son los miembros de la Junta Directiva, Conforme al Artículo 7 del decreto 1876 de 1994, parágrafo segundo, Decreto 2993 de agosto 19 de 2011, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 11 del decreto departamental 0025 del 4 de febrero de 2005, por el cual se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, La E.S.E HUS tendrá una Junta Directiva compuesta por nueve (9) miembros, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad; un tercio de éstos representen al sector científico de la salud y un tercio de ellos representen al sector político administrativo</p>

Medida 24. En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.	N	El Gerente de la E. S. E HUS participa de las reuniones de la Junta Directiva con voz pero sin voto, cuya función consiste en atender las necesidades de información y coordinación entre la Junta Directiva y la alta gerencia de la ESE HUS. De igual manera, es el secretario de este órgano de dirección
Medida 25. Además de los requisitos de independencia ya previstos anteriormente, la entidad adopta una definición de independencia rigurosa, a través de su reglamento de Junta Directiva, e incluye, entre otros requisitos que deben ser evaluados, los siguientes: a) Las relaciones o vínculos de cualquier naturaleza del candidato a Director independiente con miembros significativos y sus Partes Vinculadas, nacionales y del exterior. b) Declaración de independencia del candidato ante la entidad, sus miembros del Máximo Órgano Social y miembros de la Alta Gerencia, instrumentada a través de su Carta de Aceptación. c) Declaración de la Junta Directiva, respecto a la independencia del candidato, donde se expongan los posibles vínculos que puedan estar en contravía con la definición de independencia que haya adoptado la entidad.	1	En el artículo 4 del reglamento interno de Junta Directiva se mencionan los requisitos para miembro de la junta directiva que van en concordancia con el artículo 8° del Decreto 1876 de 1994, Decreto 2993 de agosto 19 de 2011, artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 y el 14 del Decreto Departamental 0025 del 4 de febrero de 2005, por el cual se crea la ESE HUS. Se cuenta además con la revisión de conflictos de interés dentro del Código de Buen Gobierno.
Medida 26. Si la Junta Directiva se compone de: - 3 a 4 Directores, al menos uno (1) es independiente. 5 a 8 Directores, al menos dos (2) son independientes. - 9 o 12 Directores, al menos tres (3) son independientes. - 13 o más Directores, al menos cuatro (4) son independientes.	1	6 de los 9 miembros son elegidos por votación popular, de acuerdo al estatuto al cual representan.
Medida 27. La entidad cuenta con un procedimiento, articulado a través del Comité de Gobierno Organizacional u otro que cumpla sus funciones, que permite a la Junta Directiva, a través de su propia dinámica y las conclusiones de las evaluaciones anuales, alcanzar los siguientes objetivos: a) Identificar la composición tentativa de perfiles funcionales (asociados a aspectos tales como conocimientos y experiencia profesional) que en cada circunstancia se necesitan en la Junta Directiva. i. Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. b) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. c) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.	1	Según la normatividad vigente y los estatutos internos de Junta Directiva, varios de sus miembros no son de libre elección, sino que están condicionados a un cargo específico como son el Gobernador de Santander, Secretario de Salud de Santander y Delegado del Rector Universidad Industrial de Santander o sus delegados, cuyos cargos implican la existencia de expertise, recorrido y reconocimiento en temas que deben ser manejados por los miembros de la Junta Directiva. Para los Representantes de la Comunidad – Gremios de la Producción, Representante de los usuarios y Representante del Estamento Científico de la ESE – HUS, los miembros de Junta Directiva son elegidos mediante votación para lo cual cada entidad responsable de la elección, lleva a cabo su propio procedimiento y requisitos en cuanto a los perfiles que se deben cumplir para ser miembro de Junta Directiva.
Medida 28. La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivo para ser miembro de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.	1	Las incompatibilidades e inhabilidades para ser miembro de Junta Directiva están definidas en la normatividad vigente, lo cual aplica a una entidad pública como lo es la ESE HUS. Estos criterios son evaluados por cada responsable de nombramiento de miembro de Junta Directiva en los estamentos científicos, político administrativo y de la comunidad. En estos procesos de selección es donde se establecen los requisitos de participación dentro de los cuales se contemplan las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal.
Medida 29. La entidad, a través de su normativa interna, considera que la Junta Directiva, por medio de su Presidente y con el apoyo del Comité de Gobierno Organizacional o quien cumpla sus funciones, es el órgano más adecuado para centralizar y coordinar con anterioridad a la Asamblea General el proceso de conformación del órgano de administración.	1	De conformidad con la normatividad vigente y sus estatutos internos, la Junta Directiva tiene como función la definición de la estructura organizacional de la ESE HUS, la cual contempla el nivel directivo (órgano de administración) de la institución.
Medida 30. El reglamento de la Junta Directiva prevé que la evaluación de la idoneidad de los candidatos es una actividad cuya ejecución es anterior a la realización de la Asamblea General, de tal forma que los miembros del Máximo Órgano Social dispongan de información suficiente (calidades personales, idoneidad, trayectoria, experiencia, integridad, etc.) sobre los candidatos propuestos para integrarla, con la antelación que permita su adecuada valoración.	1	En el artículo 4 de los estatutos de la ESE HUS se mencionan los requisitos para poder ser miembro de la junta directiva, así como los procesos y responsables de la elección de los miembros, de conformidad con la normatividad vigente.
Medida 31. Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, éstos hacen una declaración de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus usuarios, en un ejercicio de máxima transparencia, y no en el interés particular de algún miembro del Máximo Órgano Social o parte interesada. Asimismo, todos los Directores deben firmar un documento de confidencialidad con relación a la información que se recibe y se discute en cada una de sus reuniones.	1	En la posesión de los miembros de Junta Directiva y los altos Directivos, se hace explícito el compromiso de obrar de manera propositiva y transparente en pro del cumplimiento de la misión institucional, lo cual queda registrado en el actas y actos administrativos de la Junta Directiva, si hay lugar a ello. De igual manera, cada miembro firma un compromiso de confidencialidad de la información que se maneja dentro de este órgano de dirección.
Medida 32. La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus miembros, del Presidente y del Secretario de la Junta Directiva, y sus deberes y derechos. Tal reglamento es difundido entre los miembros del Máximo Órgano Social para su aprobación en Asamblea General y su carácter es vinculante para los Directores de la Junta Directiva.	1	El artículo 15 del Decreto Departamental N° 0025 de Febrero 4 de 2005, expedido por el Gobernador de Santander y el 16 del Acuerdo de Junta Directiva N° 04 de la misma anualidad (estatuto interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander), contempla las funciones de la Junta Directiva de la ESE HUS, estableciendo entre estas en el numeral 24 del precitado artículo 16, la función de expedir su propio reglamento, el cual rige mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 056 de diciembre 17 de 2013 y es de conocimiento de los miembros.
Medida 33. El Presidente de la Junta Directiva con la asistencia del Secretario de la Junta Directiva y del Presidente Ejecutivo de la entidad prepara un plan de trabajo de la Junta Directiva para un determinado periodo, herramienta que facilita determinar el número razonable de reuniones ordinarias por año y su duración estimada.	1	La Junta Directiva tiene definido un Plan de trabajo específico anual, de conformidad con normatividad vigente que incluye la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias.
Medida 34. La Junta Directiva sesiona mínimo cuatro (4) veces por año. Su foco está claramente orientado a la definición y seguimiento de la estrategia de la entidad.	1	Según el artículo 10 del reglamento de junta directiva, la Junta Directiva se reúne ordinariamente cada mes y extraordinariamente a solicitud del presidente de la Junta o del gerente de la ESE HUS o cuando una tercera parte de sus miembros así lo solicite.
Medida 35. El Presidente de la Junta Directiva asume, con el concurso del Secretario de la Junta Directiva, la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, por lo que en el conjunto de documentos que se entrega (acta de la Junta Directiva) debe primar la calidad frente a la cantidad.	1	De acuerdo al Reglamento interno de la Junta Directiva de la ESE HUS en su artículo 10, se envía en medio físico o por correo electrónico mínimo 5 días antes de la sesión ordinaria, el acta y acuerdos de Junta a presentarse para la revisión y aprobación en la siguiente sesión. De igual manera, los soportes y demás información de los temas a tratar en el orden del día.
Medida 36. Anualmente la Junta Directiva evalúa la eficacia de su trabajo como órgano colegiado, la de sus Comités y la de los miembros individualmente considerados, incluyendo la evaluación por pares, así como la razonabilidad de sus normas internas y la dedicación y rendimiento de sus Directores, proponiendo, en su caso, las modificaciones a su organización y funcionamiento que considere pertinentes.	1	De acuerdo a su Reglamento Interno, la Junta Directiva realiza la evaluación de cumplimiento del plan de trabajo planteado para la vigencia y, de acuerdo a las necesidades se plantean modificaciones a su organización y funcionamiento si hay lugar a ello.
Medida 37. La Junta Directiva facilita la instauración de estándares de calidad y de referenciación de los mismos.	1	Desde el direccionamiento estratégico están definidos los estándares superiores de calidad con miras a la acreditación institucional. Para esto como parte del orden del día de cada Junta Directiva ordinaria, se hace seguimiento al proceso de Acreditación, con informe a cargo de la oficina de calidad. Igualmente, dentro de los estándares de Direccionamiento, ella participa activamente para su formulación y direccionamiento y se capacita de acuerdo a las necesidades definidas internamente.

<p>Medida 38. La Junta Directiva podrá crear los Comités que considere necesarios para el adecuado funcionamiento de la entidad. Establecerá para cada uno de ellos las responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y mecanismos de evaluación de su desempeño, a los que deberán ajustarse.</p>	<p>1</p>	<p>Dando cumplimiento a la normatividad vigente, en la actualidad la ESE HUS cuenta con 22 comités y 3 equipos de mejoramiento. Las oficinas de Calidad y Control Interno hace evaluación anual del funcionamiento de los comités institucionales, entre los cuales se encuentran los estatutarios, los de obligatorio cumplimiento y los de conformación voluntaria, presenta los resultados en el comité de calidad, el cual está a disposición de la Junta Directiva. Cada comité cuenta con su acto administrativo que incluye conformación, funciones, reuniones, en donde se toman decisiones de acuerdo a su objetivo. De igual manera se realiza evaluación periódica de cumplimiento de responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y cumplimiento de metas de los indicadores de gestión definidos para cada comité.</p>
<p>Medida 39. Cada uno de los Comités de la Junta Directiva cuenta con libro de actas y un reglamento interno que regula los detalles de su conformación, las materias, funciones sobre las que debe trabajar el Comité, y su operativa, prestando especial atención a los canales de comunicación entre los Comités y la Junta Directiva y, en el caso de los Grupos Empresariales, a los mecanismos de relacionamiento y coordinación entre los Comités de la Junta Directiva de la matriz y los de las empresas subordinadas, si existen. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.</p>	<p>1</p>	<p>Dentro del Reglamento interno de Junta Directiva se definen los comités internos (Comisión) para el estudio y análisis de tema según las funciones de cada uno de ellos, cuyas decisiones quedan formalizadas en actas, en donde los temas analizados son presentados posteriormente en las sesiones de Junta Directiva en pleno para la toma de decisiones.</p>
<p>Medida 40. Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.</p>	<p>1</p>	<p>La conformación de comités institucionales sus integrantes y funciones son aprobados mediante acto administrativo, en los cuales se definen el presidente y secretario de cada comité, lo mismo que el cargo y nombre de los demás integrantes. En el caso de los comités o comisiones dentro de Junta Directiva, se designan los integrantes de común acuerdo entre sus miembros, de acuerdo a su formación y competencias.</p>
<p>Medida 41. Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.</p>	<p>1</p>	<p>Las sesiones de los comités o comisiones de Junta Directiva se realizan de acuerdo a los temas a analizar o estudiar y de acuerdo al plan de trabajo anual de Junta Directiva, lo cual está formalizado en el Reglamento de Junta Directiva de la ESE HUS.</p>
<p>Medida 42. Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) directores independientes.</p>	<p>1</p>	<p>Los miembros de los comités o comisiones de Junta Directiva se eligen entre los mismos miembros de acuerdo a su formación y competencias, lo cual está formalizado en el Reglamento de Junta Directiva.</p>
<p>Medida 43. La Junta Directiva establece un Comité de Mejoramiento de la Calidad para asegurar la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con un comité de Calidad y un equipo primario de mejoramiento institucional que sesiona mensualmente, en el que se hace seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos, así como al proceso de acreditación. Adicionalmente, la Junta Directiva requiere periódicamente informes de calidad los cuales están programados y hacen parte de las actividades planeadas para cada vigencia.</p>
<p>Medida 44. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Contraloría Interna. Está conformado por mínimo dos (2) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, quienes cuentan con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario. Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la Arquitectura de Control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. Aunque el Auditor Interno puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna. El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.</p>	<p>1</p>	<p>En los Estatutos de la ESE HUS Capítulo II, artículo 24, cuenta con una revisoría fiscal elegida por la Junta Directiva y deberá asistir a todas las sesiones, en donde se realiza seguimiento financiero, asistencial u otro que se considere; con el derecho a intervenir en las deliberaciones pero sin derecho a voto. Adicionalmente se cuenta con el área de control interno, con funciones específicas y de conformidad con la normatividad vigente; se cuenta con comité coordinador de control interno en donde se realiza seguimiento a los procesos de la ESE HUS, así como a la gestión del riesgo institucional.</p>
<p>Medida 45. Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos: a) Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. b) Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. c) Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. d) Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos. e) Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas. f) Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios. g) Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad. h) Informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones. i) Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos. j) Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad. k) Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones. l) Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. m) Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. n) Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con 22 comités institucionales y 3 equipos de mejoramiento, dentro de los cuales está el comité de control interno cuyas funciones son las establecidas en el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015 y demás normatividad vigente. Adicionalmente, la ESE HUS cuenta con Revisoría Fiscal con funciones y responsabilidades de acuerdo con la normatividad vigente.</p>
<p>Medida 46. En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.</p>	<p>0</p>	<p>De conformidad con la función pública, el comité de control interno funciona según lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.</p>

<p>Medida 47. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Gobierno Organizacional. Se conforma por un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores y expertos externos delegados por la Junta Directiva con conocimientos de gobierno organizacional. Este Comité está encargado de apoyar a la Junta Directiva (o quien haga sus veces) en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, entre estos las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). El Comité de Gobierno Organizacional en ningún momento sustituye la responsabilidad que corresponde a la Junta Directiva y a la Alta Gerencia sobre la dirección estratégica del talento humano y su remuneración. En tal contexto, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo. En el caso de que la IPS haga parte de un Grupo Empresarial, este Comité puede ser el mismo para todas las empresas que lo conforman, siempre y cuando se cumpla a cabalidad con todas las funciones establecidas en la presente Circular.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS cuenta con el comité de gerencia, conformado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 013 de mayo 26 de 2006, en el cual se describe su conformación y funciones. De igual manera se cuenta con el comité de gestión y desempeño aprobado mediante resolución No. 585 del 31 de octubre de 2017.</p>
<p>Medida 48. El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas: a) Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse. b) Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo. c) Monitorear las negociaciones realizadas por Directores de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial. d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros del Máximo órgano Social con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial. e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior. g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. h) Proponer una política de relacionamiento con el cuerpo médico y el personal asistencial que establezca conductos regulares y espacios apropiados para consulta y discusión de asuntos de interés para personal de la entidad. i) Hacer seguimiento a las instancias internas previstas para asuntos de ética médica. j) Proponer una política para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, Alta Gerencia y personal asistencial. La política debe incluir las consecuencias de su incumplimiento. k) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencial.</p>	<p>1</p>	<p>Las directrices para el buen gobierno en la institución aparecen descritas y especificadas a lo largo del Código de Ética y el Código Buen Gobierno, documentos que están publicados en la página web de la ESE HUS. De manera explícita se menciona, entre otros aspectos el velar porque el máximo gobierno, usuarios y público en general cuenten de manera completa, veraz y oportuna con la información de su interés, aspecto que corresponde con una política estratégica; igualmente, los lineamientos y procedimientos para el manejo del conflicto de interés. En cuanto a los usuarios el código de ética contempla también la carta de derechos y deberes de los mismos y la promulgación de los principios y valores institucionales.</p> <p>En cuanto a la evaluación del cumplimiento de los deberes de la Junta, el establecimiento de las políticas de remuneración salarial, establecimiento de los criterios de contratación con terceros, evaluación de la gestión del gerente, seguimiento al desempeño institucional, hacen parte de las funciones de la junta directiva, decisiones que son elevadas a actos administrativos.</p>
<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. Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS desde el Comité de gestión y desempeño lidera y monitorea la política, el programa y las estrategias de gestión del riesgo institucional con las que se cuentan en la ESE HUS. Está conformado por 13 miembros de las diferentes áreas y quienes lideran los sistemas de riesgo identificados en el hospital. El seguimiento y evaluación de la gestión del riesgo lo realiza la oficina de control interno, de conformidad con la normatividad vigente.</p>
<p>Medida 50. Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes: a) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. b) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS. c) Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia. d) Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente. e) Supervisar los procesos de atención al paciente. Velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con el comité de gestión y desempeño aprobado mediante resolución No. 585 del 31 de octubre de 2017, la cual contempla la conformación y las funciones de sus miembros, de conformidad con el decreto 1499 de 2017, y es donde se realiza seguimiento a la implementación de la política y el programa de gestión integral del riesgo de la ESE HUS. La gestión del riesgo la lidera la oficina de desarrollo institucional quien hace las funciones de planeación; la evaluación a la gestión del riesgo la realiza control interno. En la ESE HUS se tienen identificados 15 sistemas de gestión del riesgo, con responsables por cada sistema; la plataforma Almera cuenta con un módulo de gestión del riesgo en donde cada responsable de los riesgos identificados carga las acciones de mitigación con sus respectivos controles.</p>
<p>Medida 51. El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Conducta. Se conforma por miembros de la Alta Gerencia y deben ser un número impar, igual o mayor a tres (3). Si el tema de discusión implica directamente al Presidente Ejecutivo (o quien haga sus veces) o al Auditor Interno, un número impar, igual o mayor a tres (3), de Directores de la Junta Directiva acciona como Comité de Conducta.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el Comité de Ética Hospitalaria el cual se encuentra conformado por 9 miembros, creado mediante acto administrativo y con funciones y responsabilidades definidas en este.</p> <p>De igual manera, el comité de gestión y desempeño contiene el seguimiento a la implementación de la política de integridad de MIPG y a las disposiciones establecidas en los códigos de buen gobierno, ética e integridad.</p>
<p>Medida 52. Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes: a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad. b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés. c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad. d) Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</p>	<p>1</p>	<p>El Comité de Ética Hospitalaria se encarga de promover el debate sobre los problemas de ética en salud, establecer relaciones con los organismos similares del orden nacional e internacional sobre nuevos progresos en el campo de la ética, estar atento a los riesgos que se derivan de los avances científicos y tecnológicos en lo concerniente a la salud y la vida, así como de los retos que surgen de las nuevas percepciones de valores tales como la autonomía, la inviolabilidad de la vida, la responsabilidad de las personas, las instituciones, los efectos adversos y la función de la ley. Las principales funciones del Comité de Ética Hospitalaria es efectuar reflexión de ética interdisciplinaria acerca de los siguientes ámbitos: apoyo del grupo en relación al paciente y personal de salud, Educación y docencia, toma de decisiones que entrañan cuestiones morales, estudio de casos clínicos, análisis de la relación entre los profesionales de la salud entre sí y con los pacientes y sus familias.</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>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno el cual tiene como objetivo guiar la conducta de la institución y de sus colaboradores mediante el reconocimiento de los principios, valores, criterios y normas que caractericen la prestación de los servicios de salud en la ESE HUS. Cuenta con 6 principios éticos (Eficiencia, Participación, Responsabilidad social, Satisfacción, Seguridad y Servicio) y 7 valores institucionales (Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia y Responsabilidad) donde invitan a todos los trabajadores de la organización a obrar de forma transparente, legal y justa. Estas medidas contemplan entre otras actividades: el acatamiento y respeto por la ley en el actuar institucional, la promoción de una gestión transparente, información clara y veraz con sus grupos de interés y el respeto a sus derechos.</p> <p>Adicionalmente se cuenta con el plan anticorrupción donde se adoptan estrategias concretas que contribuyan en la lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011). La implementación de los códigos de ética y buen gobierno, así como del plan anticorrupción y sus respectivos seguimientos se realizan en el comité de gestión y desempeño.</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>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con el plan anticorrupción donde se adoptan estrategias concretas que contribuyan en la lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011). En la gestión de riesgos de corrupción se cuenta con controles para evitar la evasión o elusión de impuestos, el apoyo al contrabando, o el facilitar a terceros actividades delictivas como "lavado" de dinero y activos.</p> <p>La institución cuenta con el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - LA/FT- SARLAFT e implementa las acciones encaminadas a prevenir estas situaciones.</p>
<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: a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas. b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural. c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos. d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno. e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones. f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación). g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos). i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.</p>	<p>1</p>	<p>El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo de la institución aplica para los socios, miembros de la junta directiva, empleados (por vincular y vinculados), clientes externos y proveedores. Se determinan los riesgos de acuerdo a la Circular Externa 009 de 21 de abril de 2016: Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo.</p> <p>De igual manera se cuenta con el sistema de gestión de riesgos de corrupción dentro del Plan Anticorrupción y los sistemas de riesgos: jurídicos, de procesos, estratégicos, seguridad del paciente, entre otros sistemas. A todos los riesgos identificados se les calcula el riesgo inherente y el riesgo residual una vez aplicados los controles, independiente del sistema de riesgos y la metodología para su tratamiento.</p> <p>La gestión del riesgo se realiza en la plataforma Almera en donde se cargan los controles y los planes de acción respectivos, por parte de cada responsable del riesgo.</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: Autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades. En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los límites por ella establecidos. Autorregulación: Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables. Autogestión: Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento. Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con una política de control interno, el Manual de Auditoría Interna y el Procedimiento de Auditoría Interna de Procesos. La institución realiza auditorías internas desde la Oficina de Calidad y Control Interno, quienes auditan con enfoque de autocontrol autogestión con el fin de mantener una autorregulación. La ESE HUS desarrolla sus actividades bajo una estructura de procesos y de mejoramiento continuo, en donde cada acción de mejora se realiza a través de ciclos de mejora (PHVA), cargada y documentada en la herramienta de gestión de calidad Almera.</p> <p>De igual manera, se cuenta con los comités de calidad, gestión y desempeño y coordinador de control interno en donde se presentan los resultados y avances de los planes de mejora producto de auditorías internas y externas, así como el avance en el proceso de Acreditación institucional, cuya herramienta de mejora es el PAMEC con enfoque en acreditación.</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>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS tiene implementado el Modelo Integrado de Planeación y Gestión el cual articula el sistema administrativo y de calidad con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, de conformidad con el Decreto 1499 de 2017. MIPG fue adoptado en agosto de 2018, mediante Resolución 355 del 1 de agosto de 2018, en el cual está definida la estructura y responsabilidades de control interno.</p>
<p>Medida 58. En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones: a) Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés. b) Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad. c) Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI. d) Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización. Se entiende por objetivos operativos aquellos que se refieren a la utilización eficaz y eficiente de los recursos en las operaciones de la entidad. Deben reflejar la razón de ser de las organizaciones y van dirigidos a la consecución del objeto social. Los objetivos de reporte o de información consisten en la preparación y publicación de informes de gestión en salud y estándares de resultados en salud, estados financieros y otros informes que divulga la entidad. Los objetivos de cumplimiento se refieren a aquellos que pretenden asegurar el cumplimiento por parte de la entidad de las normas legales y los reglamentos que le sean aplicables. Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica.</p>	<p>1</p>	<p>Respecto al ambiente de control, la ESE HUS tiene definido por parte del órgano directivo (Junta Directiva y Nivel Directivo) unos principios básicos que rigen la institución definidos en su plataforma estratégica (misión, visión, valores, principios, objetivos estratégicos y políticas) y el plan de desarrollo institucional, lo cual se encuentra plasmado en los Códigos de Ética, Buen Gobierno e Integridad. Se establecen además unos lineamientos de conducta descritos en estos documentos.</p> <p>El área de Talento Humano cuenta con una política de talento humano, procesos y procedimientos que propenden por una gestión por competencias desde el ser, hacer y saber y trabaja en la implementación de una cultura organizacional que es coherente con el direccionamiento estratégico, además que cuenta con el manual de funciones y competencias y el compendio de perfiles de la ESE HUS donde se describen los conocimientos, habilidades y competencias del personal de la institución independiente del tipo de vinculación laboral.</p> <p>Tanto la plataforma estratégica, el plan de desarrollo, los informes de cumplimiento y los códigos son socializados al personal de la ESE HUS y se encuentran publicados en los espacios físicos (cartelera y áreas) y virtuales de la institución (página web, redes sociales, correos electrónicos, plataforma Almera, plataforma virtual de aprendizaje Moodle).</p>

<p>Medida 59. La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos: a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas. b) Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo. c) Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa. d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos. e) Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos. f) Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS a través de la Oficina de Desarrollo Institucional coordina la gestión integral del riesgo donde se hace un acompañamiento a los diferentes procesos, áreas y servicios en la identificación del riesgo, valoración y priorización, creación de controles, con sus respectivos planes de mejora, seguimiento, definición de responsables y evaluación por parte de control interno. Se tienen identificados 15 sistemas de gestión del riesgo y son gestionados en la plataforma Almera, en donde cada responsable realiza el seguimiento y el cargo de los soportes respectivos que dan cuenta de los controles implementados. Tanto el plan de trabajo anual como los informes de la gestión del riesgo son presentados periódicamente en comité de gestión y desempeño y el informe de evaluación en el comité coordinador de control interno.</p>
<p>Medida 60. La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes: a) Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicitan los Directores de Junta Directiva u órganos que hagan sus veces y otros altos directivos de la organización para efectos de analizar y monitorear los resultados o el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en los resultados en salud y adoptar los correctivos necesarios b) Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software. c) Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema. d) Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información. e) Segregación de funciones. f) Acuerdos de confidencialidad. g) Procedimientos de control aleatorios. h) Difusión de las actividades de control.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS realiza actividades de control a través del seguimiento al direccionamiento, Plan de Desarrollo Institucional (plan operativo anual y planes de acción), indicadores de obligatorio cumplimiento, indicadores de procesos, planes de acción para el control de los riesgos de proceso, estratégicos, financieros, de mercado, de seguridad de la información, seguridad y salud en el trabajo, entre otros; por otra parte desde el área de control interno se elabora y ejecuta el plan de auditorías en donde se busca promover el autocontrol a través del fomento de una conciencia de mejoramiento en áreas críticas en donde se han detectado desviaciones.</p>
<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. La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información: a) Identificar la información que se recibe y su fuente. b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma. c) Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes. d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse. e) Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuentes originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales. f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo. g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada. h) Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo. i) Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros). j) Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda). k) Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia. l) Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros. m) Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento. n) Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.</p>	<p>1</p>	<p>La institución responde ante las necesidades de información, tanto internas como externas cumpliendo con toda la normatividad vigente para los sistemas de información y manejo de datos. La gestión de datos se apoya en los diversos sistemas de información implementados, entre los cuales se destaca el sistema de gestión de calidad Almera y el de historias clínicas dinámica gerencial hospitalaria - DGH. Se cuenta con un plan de gerencia de la información, procesos y procedimientos documentados asociados, con los cuales se garantiza el ciclo del procesamiento de la información bajo características de disponibilidad, integridad y confiabilidad. El sistema de información cuenta con controles de acceso con perfiles y permisos, seguridad perimetral, respaldos seguros programados, almacenamiento y respaldo redundante de la información en un Data Center, y el uso de la información acorde con la ley de habeas data y protección de datos personales, entre otros. Se reconoce la historia clínica como el documento primario más importante de la institución y por ende se manejan los controles restrictivos necesarios para salvaguardar y custodiar dicho registro, según lo definido en la normatividad vigente referente a historia clínica. Se cuenta con un sistema de gestión del riesgo de seguridad y privacidad de la información, acordes al plan institucional de seguridad y privacidad y seguridad de la información y al plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información de conformidad con el Decreto 612 de 2018. De igual manera, se cumple con la política de gobierno digital y la Ley de transparencia y acceso a la información, consolidadas bajo MIPG.</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 lo que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS cuenta con procesos claros, y sistemas de información seguros, que permiten el manejo de la información de forma confiable, oportuna, de fácil acceso y fácil recuperación. Garantizando la protección, custodia y conservación. Los sistemas de información cuentan con puntos de control para el acceso e ingreso, suministrando claves a cada usuario, previa verificación de perfiles de acceso, limitando con control y con una capacitación previa en el adecuado uso. La información institucional es publicada en página web institucional acorde a lo estipulado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, cuyo seguimiento lo realiza la Procuraduría General de la Nación de manera anual y con un cumplimiento de la ESE HUS superior al 95%.</p>
<p>Medida 63. A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, sólo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que lo sustituya, modifique o elimine).</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS cuenta con la caracterización de activos de información y el formato de información confidencial o sujeta a reserva. De igual manera opera el comité de ética en investigación con el fin de controlar el acceso a la información por parte de los estudiantes, docentes e investigadores y preservar los derechos de las personas en cuanto a confidencialidad de la información, específicamente la consulta y uso de historias clínicas con fines de investigación, las cuales son anonimizadas de acuerdo a la necesidad de la información y a la normatividad vigente.</p>



<p>Medida 64. A la información que se proporciona a esta Superintendencia la entidad adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas y dentro de su Grupo Empresarial, según sea el caso, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	<p>N</p>	<p>La ESE HUS no hace parte de un grupo empresarial.</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, lo cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con una política de seguridad y confidencialidad de la información que permite a los procesos contar con información segura, confiable, asertiva, y cumpliendo con los criterios de oportunidad, integridad disponibilidad y confidencialidad. De igual manera, se tienen implementadas las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, gestionados a través del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, el plan de seguridad y privacidad de la información y el Plan estratégico de tecnologías de la información - PETIC, de conformidad con el Decreto 612 de 2018, los cuales incluyen estrategias, mecanismos y herramientas para administrar la seguridad de la información.</p>
<p>Medida 66. Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con distintos canales de comunicación ( página web, redes sociales, intranet, carteleros institucionales, correo institucional, plataforma de aprendizaje Moodle, software para la administración de los sistemas de gestión Almera, etc) mediante el cual se le comunica al cliente interno y externo las distintas actividades de los colaboradores así como su rol al interior de la institución. La ESE HUS ejecuta sus actividades a través de un sistema de gestión por procesos, los cuales están documentados y son de conocimiento del personal.</p>
<p>Medida 67. Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos: a) Canales de comunicación. b) Responsables de su manejo. c) Requisitos de la información que se divulga. d) Frecuencia de la comunicación. e) Responsables. f) Destinatarios. g) Controles al proceso de comunicación. Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, la oportunidad, la veracidad, la suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la respectiva organización revela al público.</p>	<p>1</p>	<p>El Hospital cuenta con un plan de comunicaciones ejecutado por el área de prensa y comunicaciones, quienes son los responsables de difundir la información a través de los canales institucionales. La información es socializada de acuerdo a la necesidad del área responsable, la cual se difunde de manera interna y/o externa acorde al grupo de interés objetivo. Se cuenta con canales internos (oficios, boletines, correo institucional, carteleros informativos, Almera, fondos de pantalla, plataforma virtual de aprendizaje Moodle) y externos (Página web, redes sociales, carteleros informativos, call center, folletos, boletines, brochure, buzones de sugerencias y correo electrónico). El proceso de comunicaciones cuenta con su caracterización, responsable, indicadores, cuyos informes periódicos son socializados en comité de gestión y desempeño.</p>
<p>Medida 68. La entidad cuenta con un proceso en el que se permite verificar la calidad del control interno a través del tiempo. Se efectúa por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad (directores, coordinadores, etc., dentro del ámbito de la competencia de cada uno de ellos), así como de las evaluaciones periódicas que realiza el Departamento de Contraloría Interna u órgano equivalente, el Presidente Ejecutivo o máximo responsable de la organización y otras revisiones dirigidas. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	<p>1</p>	<p>Control interno y la oficina de calidad, cuentan con procesos de auditoría y planes de auditoría para cada vigencia, en donde verifican y realizan seguimiento a procesos, cuyos responsables periódicamente presentan sus planes de acción a las inconformidades presentadas, en ciclos de mejoramiento (PHVA), donde se describen las acciones de mejora a realizar, con fechas de inicio y fin y responsables. La gerencia, junta directiva y/o líderes de macroprocesos realizan seguimiento a los planes de mejora y revisión de los indicadores de obligatorio cumplimiento y de proceso, de acuerdo a su competencia, realizando así un control sobre las áreas de la institución, esta acción permite identificar deficiencias para generar acciones correctivas.</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>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con Revisoría Fiscal, la cual depende de la Junta Directiva y es la encargada de realizar seguimiento y evaluación de la gestión financiera, asistencial y de procesos de la ESE HUS, revisando la efectividad de las actividades de control interno, dentro de sus competencias.</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. Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presentan a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS se encuentra en proceso de preparación para acreditación institucional, dentro del cual se realiza la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud con el fin de alcanzar altos estándares de calidad y una mejora en la prestación de los servicios, cumpliendo los atributos de calidad y la satisfacción de los usuarios, a través de la implementación de oportunidades de mejora que dan cumplimiento al PAMEC, el cual está orientado en acreditación. El seguimiento del PAMEC se realiza trimestralmente, con una autoevaluación para acreditación a final de cada ciclo. Adicionalmente, las oficinas de calidad y de control interno cuentan con planes de auditoría anual a los procesos y áreas críticas, así como la verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación, realizados de manera periódica, acorde a la normatividad vigente. Los informes de avance son presentados a Junta Directiva en cada corte de seguimiento.</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 espera y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.</p>	<p>1</p>	<p>El Comité de Gestión y desempeño, de calidad, de gerencia y la junta directiva tienen entre sus funciones velar por el cumplimiento de la normatividad vigente asociada con los sistemas integrados de gestión, velando por su eficacia, eficiencia y efectividad, buscando garantizar una comunicación de resultados y necesidades para la toma de decisiones desde la alta dirección. Periódicamente se presentan los avances en la implementación de las oportunidades de mejora de los grupos de estándares de acreditación, tanto a usuarios, colaboradores y al nivel directivo que incluye la junta directiva.</p>
<p>Medida 72. La Junta Directiva u órgano equivalente adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las definen, desarrollan, documentan y comunican, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio. Tales políticas se refirieren, cuando menos a: a) Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar. b) Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos. c) Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente. d) Procesos de auditoría interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción. e) Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los funcionarios. f) Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS en su proceso de preparación para la acreditación y mejoramiento continuo, regida bajo la resolución 5095 de 2018 evalúa anualmente los estándares de calidad en salud que se pretenden alcanzar, generándose oportunidades de mejora para la siguiente vigencia una vez culminado el proceso de autoevaluación. Estas oportunidades de mejora son consolidadas en el PAMEC de la vigencia, cuyos seguimientos son trimestrales y en donde los resultados y desviaciones son comunicados al órgano directivo. Los avances del proceso de acreditación son socializados en los grupos de mejoramiento de tercer nivel, comités institucionales de acuerdo a los estándares a evaluar, comités de gerencia y junta directiva. Los resultados son socializados a los grupos de interés de acuerdo a su competencia.</p>

<p>Medida 73. Los representantes legales son los responsables del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñan procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verifican la operatividad de los controles establecidos al interior de la correspondiente entidad, e incluyen en el informe de gestión que los administradores presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.</p>	<p>1</p>	<p>Los estados financieros, elaborados bajo la norma internacional de información financiera, son reportados a los entes de control quienes realizan seguimiento periódico, auditados por revisoría fiscal y presentados mensualmente ante Junta Directiva. De igual manera son publicados en página web y datos abiertos de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>Adicionalmente, dentro del informe de gestión de cada vigencia se incluye la información y resultados financieros anuales, lo cual es presentado en la audiencia pública de rendición de cuentas por parte del representante legal.</p>
<p>Medida 74. Los representantes legales son los responsables de informar ante el Comité de Contraloría Interna o en su defecto a la Junta Directiva u órgano equivalente, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También son los responsables de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con estados financieros, que incluyen las notas para soportar la información registrada en los balances, las cuales son presentadas ante la junta directiva y reportados a los entes de control, igualmente se cuenta con el sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT e implementación de controles para evitar actos de corrupción.</p> <p>Adicionalmente opera el comité de sostenibilidad financiera en donde se analizan las desviaciones que se pueden presentar en los informes financieros y se toman las medidas correctivas a que haya lugar, lo cual hace parte de la preparación y presentación de los estados financieros al nivel directivo y órganos de control.</p>
<p>Medida 75. La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera. i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.</p>	<p>1</p>	<p>Las políticas de control contable, se encuentra inmersas en las políticas de GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO, SEGURIDAD DIGITAL y POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.</p> <p>Además, la contabilidad de la institución se realiza bajo los principios contables generalmente aceptados de acuerdo a la normatividad vigente y manejo de la información a nivel software que sirven de base para emitir informes oficiales a entes de control y de seguimiento para la administración.</p> <p>La información financiera es verificada y auditada por parte de la Revisoría Fiscal quien presenta sus dictámenes a la información financiera presentada, de conformidad con las normas contables vigentes.</p>
<p>Medida 76. La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el manual de gestión de la tecnología GTE-GTE-MA-01, donde se describe la política de tecnología, encontrando en él, recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles, para la adquisición y puesta en marcha de la tecnología de la ESE HUS. Igualmente cuenta con el plan estratégico de tecnologías de la información PETI, de conformidad con el Decreto 612 de 2018.</p>
<p>Medida 77. La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables: a) Administración de proyectos de sistemas. b) calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación. Es importante resaltar que la Junta Directiva u órgano equivalente debe conocer y hacer seguimiento a su desempeño, así como participar activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>En el Plan anual Estratégico de la Información y en el manual de gestión de la Tecnología se describen todos los ítems mencionados en la respectiva medida, tanto para equipos de cómputo como para adquisición y puesta en marcha de equipos biomédicos e industriales.</p> <p>Adicionalmente, la junta directiva a través de la revisoría fiscal realiza el seguimiento al cumplimiento de los planes y estrategias definidas en el PETI y en los planes de seguridad y privacidad de la información. De igual manera el seguimiento a dichos planes se realiza en comité de gestión y desempeño como parte de la implementación de MIPG en la institución.</p>
<p>Medida 78. En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano, o el que haga sus veces en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva u órgano equivalente es la instancia responsable de: a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera. b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya. c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo. d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización. e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto. f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y hacer seguimiento a su cumplimiento. g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar. h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario. i) Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración. j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos. k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente. l) Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento. m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de Contraloría Interna. n) Presentar al final de cada ejercicio al Máximo Órgano Social un informe sobre el resultado de la evaluación del SCI y sus actuaciones sobre el particular.</p>	<p>1</p>	<p>La junta directiva establece los lineamientos generales de ESE HUS en cuanto a su direccionamiento estratégico, esto es participa en la definición, aprobación y seguimiento de la plataforma estratégica y el plan de desarrollo institucional, así como el seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo y determinar ajustes a las desviaciones presentadas cuando estos se requieran.</p> <p>Respecto a las obligaciones especiales asignadas a la Junta Directiva todas las mencionadas en la presente medida se cumplen y a ellas se hace referencia en el artículo 21 de los estatutos o son implícitas del cargo, excepto: el numeral (e) respecto a la designación de los directivos de las áreas encargadas del Sistema de Control Interno de la Institución; el numeral (f) sobre la adopción de medidas necesarias para garantizar la independencia del auditor interno, ya que estas están sujetas a la normatividad aplicable a los jefes y funcionarios de control interno.</p> <p>De otra parte, de conformidad con la Resolución 408 de 2018, se cuenta con un sistema de evaluación de desempeño del gerente, frente a los compromisos adquiridos en su plan de gestión, a ejecutarse durante el periodo para el cual fue designado, el cual incluye indicadores de dirección y administrativos, financieros y asistenciales.</p>

<p>Medida 79. En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de: a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI. b) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva u órgano equivalente a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la entidad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos. c) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades. d) Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI. e) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo. f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno. g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor. h) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva u órgano equivalente. i) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad. j) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada. k) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad. l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad. m) Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al Máximo Órgano Social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.</p>	<p>1</p>	<p>Respecto a las obligaciones presentadas en la medida 79 como responsabilidades de la Representante Legal, todas ellas son asumidas por la dirección general de la institución, las cuales aparecen descritas en los estatutos de la ESE HUS en el artículo 26, así como en la normatividad vigente aplicable a las ESE. Por su parte, la oficina de Control Interno contribuye de manera permanente a la gestión institucional, generando recomendaciones con miras a fortalecer el sistema de control interno que incluye el seguimiento al cumplimiento de procesos y procedimientos; para ello se generan informes periódicos a la gerencia y a la Junta Directiva cuando esta lo solicite. La oficina de Comunicaciones, contribuye con la difusión adecuada de la información a todas las áreas, para que las decisiones tomadas en el nivel directivo lleguen a los responsables de implementarlas. Los informes de control interno además de reportarse a nivel directivo, se publican en página web de acuerdo con la Ley de transparencia y acceso a la información.</p>
<p>Medida 80. El Representante Legal deja constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, mantiene a disposición del Auditor Interno, el Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.</p>	<p>1</p>	<p>Dentro de las funciones del representante legal se encuentra el supervisar y evaluar el funcionamiento general de la ESE HUS, para constancia de ello, se cuenta con actas de comités, actas de reuniones, actas de junta directiva, actos administrativos (Resoluciones), oficios, circulares y documentos institucionales dirigidos al personal para el cumplimiento de la normatividad y de sus funciones. Adicionalmente, en cada sesión de junta directiva se emiten acuerdos de junta directiva que ratifican, oficializan y comunican las decisiones tomadas en cada sesión. Por parte de la gerencia, se emiten resoluciones que reflejan las directrices a ser implementadas en los procesos. El seguimiento a estas actividades los realiza control interno o revisoría fiscal, de acuerdo a sus competencias.</p>
<p>Medida 81. Los objetivos, la autoridad y la responsabilidad de la contraloría interna están formalmente definidos en un documento, debidamente aprobado por la Junta Directiva u órgano equivalente, en donde se establece un acuerdo con la Alta Gerencia de la entidad respecto de la función y responsabilidad de la actividad de contraloría interna, su posición dentro de la organización y la autorización al Auditor Interno para que tenga acceso a todos los registros relevantes para la ejecución de su labor.</p>	<p>1</p>	<p>En la ESE HUS se cuenta con una oficina de control interno que basa su política de control en Modelo Estándar de Control Interno MECI y el modelo integral de planeación y gestión MIPG, generando cultura autocontrol, asignando responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y su control y realizando seguimiento a la gestión de los procesos. Se cuenta con manual de auditoría interna en donde se evidencia la programación de auditorías anuales y las facultades para acceder a la información relevante a auditar. El comité coordinador de control interno está conformado mediante acto administrativo y desde allí se rinde informe a la gerencia sobre el avance y cumplimiento a las funciones de las diferentes áreas o procesos. Todo ello reglamentado en la normatividad vigente en lo que tiene que ver con las funciones y responsabilidades de la oficina de control interno.</p>
<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. 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>	<p>1</p>	<p>En el manual de auditoría interna se encuentra registrada la independencia del auditor interno, dentro de esta definición abarca que no puede presentar ningún tipo de interés políticos, económicos o de cualquier otro orden que podría influenciar el desarrollo de su trabajo y de su opinión. Igualmente, la revisoría fiscal es un órgano independiente que realiza seguimiento a la gestión gerencial en la institución. Todo ello reglamentado en la normatividad vigente en lo que tiene que ver con las funciones y responsabilidades de la oficina de control interno.</p>
<p>Medida 83. El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	<p>1</p>	<p>El revisor fiscal de la ESE HUS es nombrado por la junta directiva mediante concurso de méritos. El jefe de control interno es nombrado por el gobernador del departamento por periodo, de conformidad con la normatividad vigente.</p>
<p>Medida 84. Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios. Los Auditores Internos cumplen su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p>	<p>1</p>	<p>En el Procedimiento de auditorías y manual de auditorías de calidad interna se definen los requisitos de los auditores que garanticen las competencias necesarias para el éxito de las auditorías. Adicionalmente las funciones y responsabilidades de control interno están definidas en la normatividad vigente, así como los perfiles del personal de control interno.</p>
<p>Medida 85. El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	<p>1</p>	<p>Desde el proceso de control interno y gestión del mejoramiento continuo, se tiene establecido un programa de mejoramiento continuo y auditoría a través de los cual esse define la programación de las auditorías anuales a los diferentes procesos, áreas o servicios. También se coordinan las auditorías externas realizadas por las entidades responsables de pago, y los entes de control. Adicionalmente, los procesos cuentan con herramientas de autocontrol, como uno de los niveles de auditoría, con el fin de realizar a través de ésta manera supervisión a las actividades y procesos que a través de ellos se ejecutan. De las auditorías internas y externas, se obtienen las oportunidades de mejora, que son intervenidas de acuerdo con el modelo de mejoramiento institucional PAMEC; a éstas se les hace medición y seguimiento periódico, de acuerdo con las fechas aprobadas en los planes de mejora. Los informes de las auditorías son presentados y analizados en el comité coordinador de control interno.</p>

<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: a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de contraloría interna, incluyendo entre otros, el derivado de las operaciones y relaciones con otras entidades del mismo Grupo Empresarial (si es el caso). Esto lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva. b) Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría Interna, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos. c) Políticas: Establece políticas y procedimientos para guiar la actividad de contraloría interna, en pro de asegurar la adecuada ejecución de acciones contra riesgos. Asimismo, comparte información y coordina actividades con los otros órganos de control para lograr una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos. d) Condiciones de los informes: Los informes emitidos por el Auditor Interno son precisos, objetivos, claros, constructivos, completos y oportunos. Igualmente, están debidamente soportados en evidencias suficientes y realizan el seguimiento a las acciones tomadas por la administración frente a estas comunicaciones.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS establece anualmente el cronograma de auditoría, basado en los lineamientos del Procedimiento de auditorías y manual de auditorías de calidad y el procedimiento de auditorías internas. En él se describe el alcance y programación de cada una de las auditorías, luego se socializa con las personas involucradas como parte de la planeación de las actividades anuales a través de los medios institucionales definidos.</p> <p>En la ejecución del procedimiento de auditorías internas se define desde el planear el desarrollo de dicho ejercicio; estas necesidades son socializadas desde la citación que realiza control interno o calidad, y en la reunión de apertura, donde además se da a conocer el objetivo, alcance, criterios de evaluación, así como la programación y equipo participante.</p> <p>También se tienen definidos los formatos y demás documentación de auditoría, de evaluación y del informe final; desde el Procedimiento de auditorías y manual de auditorías de calidad se dan los lineamientos para que el ejercicio sea objetivo, constructivo, y oportuno, buscando el mejoramiento de la calidad a través de la evaluación de los procesos. Las oportunidades de mejora y/o hallazgos derivados de la auditoría, se cargan en Almera en ciclos PHVA, se ejecutan o gestionan por los responsables quienes cargan las evidencias en la plataforma para que las oficinas de control realicen el seguimiento y generen los informes de cumplimiento y cierre, los cuales se presentan a gerencia, comité coordinador de control interno y a la Junta Directiva si esta lo requiere.</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: a) Gestión de salud: Evalúa la eficacia del sistema de gestión de salud de la entidad para verificar si se están cumpliendo las políticas y directrices trazadas por la Junta Directiva. b) Sistema de Control Interno: La actividad de contraloría interna asiste a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua, sin perjuicio de la autoevaluación y el autocontrol que corresponden a cada funcionario de la entidad. c) Gobierno interno: La actividad de contraloría interna evalúa y hace las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno interno, para lo cual evalúa el diseño, implantación y eficacia de los objetivos, programas y actividades de la organización. d) El Auditor Interno establece un proceso de seguimiento, para supervisar y verificar que las acciones de la dirección, si llegasen a existir, hayan sido efectivamente implantadas. Este aspecto queda debidamente documentado. e) Comunicación de resultados: El Auditor Interno comunica los resultados de su labor, en forma precisa, objetiva, clara, concisa, constructiva, completa y oportuna. Por lo menos al cierre de cada ejercicio, el Auditor Interno o quien haga sus veces presenta un informe de su gestión y su evaluación sobre la eficacia del Sistema de Control Interno, incluyendo todos sus elementos.</p>	<p>1</p>	<p>La documentación de la gestión de calidad y control interno se encuentra actualizada y cargada en Almera para consulta de los líderes y responsables de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías.</p> <p>Se cuenta con procedimiento de auditorías internas de calidad, procedimiento de auditorías internas de control interno, formato informe hallazgos de auditorías, formato plan anual de auditorías internas, formato respuesta a hallazgos de auditorías externas, instructivo para respuesta a hallazgos de auditorías internas y externas en Almera.</p> <p>De igual manera la plataforma Almera cuenta con módulo de gestión del riesgo para realizar identificación, valoración, tratamiento, diseño de controles, seguimiento y evaluación del riesgo de acuerdo a los sistemas de riesgo, cuya gestión está a cargo de cada líder o responsable de área o proceso.</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. 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>	<p>1</p>	<p>En el reglamento de junta directiva de la ESE HUS en el capítulo 2, artículo 24 se define la designación de la revisoría fiscal, de conformidad con el Decreto 1876 de 1994, en donde se establecen el proceso de selección, honorarios, funciones, entre otros.</p>
<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 por el ejercicio del proceso veedor.</p>	<p>1</p>	<p>Las audiencias públicas de rendición de cuentas se hacen en las instalaciones de la ESE HUS o de manera virtual y son abiertas al público en general, su convocatoria se hace a través de medios masivos de comunicación como prensa local, correos electrónicos y redes sociales. En dichas rendiciones se presenta información relacionada con la gestión adelantada por la ESE HUS, la situación financiera y administrativos, avances y otros temas de la gestión institucional de interés para colaboradores, usuarios, comunidad y demás grupos de interés.</p> <p>Tanto la audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia anterior como reuniones generales de informe de avances en la gestión se realizan de acuerdo a la normatividad vigente.</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: a) Coordinación de actividades de salud pública. b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos. c) Sistema de atención al usuario. d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor. Esta medida aplica únicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.</p>	<p>1</p>	<p>De conformidad con el Acuerdo de Junta Directiva No. 056 de 2013, uno de los miembros de junta directiva es el secretario de salud departamental, quien conoce de primera mano la situación financiera, asistencial y de procesos y quien es el enlace entre las disposiciones del ente territorial y la ESE HUS, de acuerdo a sus competencias y a la normatividad vigente.</p> <p>De igual manera, se cuenta con un miembro de Junta Directiva representante de los usuarios quien es el puente de comunicación entre ellos y el órgano de dirección.</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 reunión: a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones o evaluaciones del impacto de sus programas de salud. b) Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.</p>	<p>1</p>	<p>Por su condición de hospital universitario, la ESE HUS tiene convenios con instituciones de educación superiores con quienes establece convenios de docencia / servicio y realiza periódicamente comités en los que se realiza seguimiento a los procesos de docencia e investigación.</p> <p>Desde su creación, la ESE HUS cuenta con el convenio docencia servicio con la UIS para la formación de profesionales en salud de pregrado y posgrado y dentro de esta relación se realiza socialización de temas relevantes en salud que son de interés para las partes.</p> <p>La ESE HUS cuenta con epidemiólogo quien lleva los indicadores de salud pública del hospital, los cuales son socializados en las instancias pertinentes, cuando se requiera.</p>
<p>Medida 92. La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.</p>	<p>1</p>	<p>De conformidad con la normatividad vigente, la ESE HUS realiza oportunamente los reportes a la Supersalud y da cumplimiento a las disposiciones emanadas de los órganos de control que lo requieran. Dichos reportes hacen parte de lo dispuesto en la circular única y demás lineamientos y necesidades de este órgano de control.</p>
<p>Medida 93. La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo 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.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con el perfil ejecutor GTH-PTH-FO-01 de la gestión de talento humano, el cual reúne por procesos las necesidades y perfiles de cada cargo, cuya contratación se realiza a través de empresas o asociaciones sindicales para la ejecución de los procesos administrativos y asistenciales de la ESE HUS, a quienes se les exige el cumplimiento de los requisitos de formación, experiencia y competencias del personal que desarrolla actividades en la Institución. De igual manera, cuenta con el manual de funciones y competencias para el personal de planta.</p>

<p>Medida 94. La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con un plan de compras institucional para la adquisición de insumos, equipos y servicios, definida en el procedimiento OJ-P-04, el cual es aprobado por junta directiva. De igual manera, establece un plan anual de adquisiciones que es cargado en la plataforma SECOP, dando cumplimiento al Decreto 612 de 2018. De igual manera, la ESE HUS cuenta con un estatuto y un manual de contratación en donde se establecen los criterios de contratación de bienes y servicios para la entidad.</p>
<p>Medida 95. La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente: a) Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información. b) La información que se debe revelar. c) La forma como se debe revelar esa información. d) A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders). e) En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. f) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. g) Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con una política de tratamiento de datos personales y protección de la información, la cual tiene como propósito establecerlos criterios bajo los cuales se realiza el tratamiento de la información personal que reposa en las bases de datos, archivos físicos y digitales de la ESE HUS. De igual manera cuenta con la política de seguridad y privacidad de la información, los documentos de registro de activos de información, registro de publicaciones, índice de información clasificada y reservada, esquema de publicación de la información, así como procedimientos para el manejo de información. Dichos documentos se encuentran publicados en el link de transparencia en la página web de la ESE HUS. La información financiera de la ESE HUS está presentada de acuerdo a las normas internacionales de información financiera NIIF y es reportada oportunamente a los organismos de control y vigilancia, al igual que la información asistencial y de reporte obligatorio. Cada reporte cuenta con un responsable y la unidad funcional de apoyo tecnológico realiza el acompañamiento para el cargue oportuno de la información; directamente la gerencia hace seguimiento al reporte de la información.</p>
<p>Medida 96. La entidad establece procedimientos para que la contraloría interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.</p>	<p>1</p>	<p>Se realiza control interno a través de los servicios de Auditoría Interna, para procesos administrativos y Calidad y Auditoría Médica para los procesos asistenciales. La validación de la calidad de los datos asistenciales se hace desde el servicio de Epidemiología y Estadística y en los datos financieros, la validación los realiza Revisoría Fiscal.</p>
<p>Medida 97. La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución preservando el habeas data, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces.</p>	<p>1</p>	<p>La institución cuenta con la página <a href="http://www.hus.gov.co/">http://www.hus.gov.co/</a> en donde se cuenta con la información de importancia de la ESE HUS y en la cual se incluye dentro del link de transparencia las políticas institucionales, dentro del cual se encuentra la política de protección y tratamiento de datos personales. Dicha política tiene objetivos, alcance, cumplimiento, responsables, derechos de los titulares, tipo de datos personales que se recolectan, almacenamiento, circulación, uso final de los mismos. La página web contiene la información institucional de interés para colaboradores, usuarios y comunidad en general, dando cumplimiento a la Ley de transparencia y acceso a la información.</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: 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>	<p>1</p>	<p>La página web de la entidad incluye información institucional de: quienes somos, institucional, transparencia, atención al ciudadano, servicios, sistema obligatorio de gestión de la calidad, contratación, correo, aula virtual, Almera, PQR, noticias, enfoque diferencial. Dentro de cada uno de los link se encuentra desplegada la información de interés. Anualmente se reporta la información relacionada con el cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, a través del reporte del índice de transparencia y acceso a la información - ITA, en la plataforma de la Procuraduría General de la Nación.</p>
<p>Medida 99. La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>1</p>	<p>En el portal WEB de la institución se encuentra la información requerida por la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la información: mecanismos de contacto, información de interés, estructura orgánica y talento humano, normatividad, información financiera, planeación, control, contratación, trámites y servicios, instrumentos de gestión e información pública, transparencia, accesibilidad web, habeas data. En el link atención al ciudadano se encuentra información de: mecanismos PQR, respuestas PQR, seguridad del usuario, SIAU, notificaciones judiciales, satisfacción - informes PQR, directorio, instancias de participación, preguntas y respuestas frecuentes.</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 junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio. Para las IPS que hacen parte de Grupos Empresariales, el informe se puede presentar por su sociedad matriz, no obstante, este tiene que incluir la información explícita del prestador y cumplir a cabalidad con las Medidas y recomendaciones que contiene la presente Circular.</p>	<p>1</p>	<p>La institución realiza la rendición de cuentas donde se muestra el informe de gestión anual que muestra los resultados de la gestión administrativa, financiera, asistencial y demás áreas de apoyo, el cual es presentado a la junta directiva y socializado ante la comunidad en la audiencia de rendición de cuentas. Esta información es publicada en página web un mes antes de la audiencia pública de rendición de cuentas, de conformidad con la normatividad vigente. En la página web está el enlace permanente de rendición de cuentas <a href="http://www.hus.gov.co/control-interno/rendicion-de-cuentas/">http://www.hus.gov.co/control-interno/rendicion-de-cuentas/</a></p>

<p>Medida 101. La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema: Estructura de la propiedad de la entidad o Grupo Empresarial. a) Capital y estructura de la propiedad de la entidad. b) Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores o igual al 5%), directas e indirectas. c) Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los Directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen. d) Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí. e) Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, de la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad. f) Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento. g) Acciones propias en poder de la entidad. Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial. a) Composición de la Junta Directiva e identificación del origen o procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores. b) Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva. c) Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio. d) Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales). e) Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta. f) Proceso de nombramiento de los Directores. g) Política de remuneración de la Junta Directiva. h) Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia. i) Quórum de la Junta Directiva. j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités. k) Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves). l) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves). m) Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de in y agencias de calificación. n) Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva. o) Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva. p) Actividades de los Comités de la Junta Directiva. q) Información sobre la realización de los procesos de evaluación de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, así como síntesis de los resultados.</p>	<p>1</p>	<p>La ESE HUS elabora anualmente el informe de gestión de la vigencia anterior, el cual es presentado en la audiencia pública de rendición de cuentas y que va dirigido a todos los grupos de interés. La Junta Directiva dentro de su propio reglamento realiza el seguimiento al cumplimiento del cronograma de actividades anual. La Junta Directiva realiza la evaluación del plan de gestión del gerente, acorde a la Resolución 408 de 2018.</p>
<p>Medida 102. De existir salvedades en el informe del Revisor Fiscal, estas y las acciones que la entidad plantea para solventar la situación, son objeto de pronunciamiento ante los miembros del Máximo Órgano Social reunidos en Asamblea General, por parte del presidente del Comité de Contraloría Interna. Cuando ante las salvedades y/o párrafos de énfasis del Revisor Fiscal, la Junta Directiva considera que debe mantener su criterio, esta posición es adecuadamente explicada y justificada mediante informe escrito a la Asamblea General, concretando el contenido y el alcance de la discrepancia.</p>	<p>1</p>	<p>Eldicamen del revisor fiscal presenta el informe de los estados financieros y conclusiones, así como los resultados de auditorías realizadas a procesos o áreas críticas, en donde las salvedades son analizadas por los miembros y de acuerdo a lo sustentado por la revisoría fiscal son ratificadas o levantadas, en donde se establecen planes de mejora a implementar. <a href="http://www.hus.gov.co/control-interno/rendicion-de-cuentas/">http://www.hus.gov.co/control-interno/rendicion-de-cuentas/</a> Ante cualquier discrepancia encontrada por revisoría fiscal, se realiza el requerimiento al gerente para que en un tiempo perentorio realice las aclaraciones a que haya lugar, siguiendo el debido proceso.</p>
<p>Medida 103. Las operaciones con o entre Partes Vinculadas, incluidas las operaciones entre empresas del Grupo Empresarial que, por medio de parámetros objetivos tales como volumen de la operación, porcentaje sobre activos, ventas u otros indicadores, sean calificadas como materiales por la entidad, se incluyen con detalle en la información financiera pública, así como la mención a la realización de operaciones con empresas off-shore.</p>	<p>N</p>	<p>La Institucion no hace parte de un grupo empresarial</p>
<p>Medida 104. En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.</p>	<p>N</p>	<p>La Institucion no hace parte de un grupo empresarial</p>
<p>Medida 105. La entidad prestadora de servicios de salud cuenta con unos lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética en el día a día de la organización. Estos deben contener los principios, valores y directrices que, en coherencia con lineamientos dispuestos en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de IPS, debe ejercer en el ejercicio de sus funciones.</p>	<p>1</p>	<p>La institucion cuenta con Código de ética, Código de Buen gobierno y Código de Integridad donde se especifica cómo se debe desarrollar la gestión ética de la institución, tanto en sus aspectos administrativos, de contratación y de prestación del servicio, como las normas de comportamiento de los colaboradores en el desarrollo de sus actividades. Dichos documentos son socializados a todo el personal de la entidad, a través de correos electrónicos, redes sociales, página web y son evaluados en la inducción y reintroducción del personal.</p>
<p>Medida 106. Los lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes órdenes temáticos: a) Las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.). b) Direccionamiento estratégico de la entidad. c) Los principios éticos. d) Los valores institucionales. e) Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en lo que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. f) Política anti-soborno y anti-corrupción de la entidad. g) Principios de responsabilidad social empresarial. h) Los mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta. i) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.</p>	<p>1</p>	<p>El código de ética y buen gobierno de la institución contempla las generalidades de la organización, su plataforma estratégica, sus principios éticos, las medidas para la gestión ética, los órganos consultivos para su gestión y contempla las instancias para la gestión del buen gobierno de la institución. Además se cuenta con el Sistema de Gestión de Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft y el plan anticorrupción institucional.</p>
<p>Medida 107. Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con: a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés. b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad. c) La importancia de colaborar con las autoridades. d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.</p>	<p>1</p>	<p>Los lineamientos para ética y el buen gobierno de la ESE HUS contemplan las medidas mencionadas en esta medida.</p>
<p>Medida 108. Otras prácticas adicionales.</p>	<p>1</p>	<p>Otras prácticas de gobierno organizacional y de buena conducta previstas en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Institución son las medidas relacionadas con el Consentimiento Informado, Medidas para la Gestión del Talento Humano, y la gestión ética de sus procesos en tres instancias: el comité de ética hospitalaria, el comité de ética en la investigación y el comité institucional de convivencia laboral.</p>