

NÚMERO DE MEDIDA	MEDIDA	RESPUESTA DE MEDIDA 1 : SÍ; 0: NO; N: NO APLICA	EXPLICACIÓN
1	La entidad proporciona un trato igualitario a todos los miembros del Máximo Órgano Social que, dentro de un rango determinado de participación en el capital social o en la propiedad 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	*Los estatutos sociales no consagran ningún trato discriminatorio ni preferencial respecto de ninguno de los Accionistas independientemente de su participación en el capital social * Específicamente la medida se consagra en el Código de Ética y Buen Gobierno de la siguiente manera: "Se reconoce el derecho de los Accionistas a: ... Ser sujetos de un tratamiento equitativo y de respeto por parte de la Compañía, sus administradores, Directores y colaboradores".
2	La entidad cuenta con una página web corporativa con secciones acerca de los miembros del Máximo Órgano Social, los Directores de la Junta Directiva, los administradores de la Alta Gerencia y los órganos de control. Adicionalmente, tiene otras secciones con el Código de Conducta y de Buen Gobierno, las estadísticas descriptivas sobre sus afiliados, los servicios prestados y la información financiera en los términos propuestos en las medidas dadas en esta Circular en la sección sobre revelación de información frente al público. La información allí publicada no incluye aquella confidencial de la entidad o cuya divulgación puede ser utilizada en detrimento de la misma.	1	En la página web corporativa se encuentran los aspectos relacionados en la medida. Se encuentra publicado el Código de Ética y Buen Gobierno. Así mismo, algunos de los aspectos consagrados en la medida están contenidos en medios alternativos de publicidad como el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
3	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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo de conformidad con el Código de Ética y Buen Gobierno, * "Como titulares de las acciones que constituyen el capital de la Compañía, los Accionistas serán considerados para el ejercicio de los derechos que se derivan del ordenamiento jurídico y del régimen previsto en los Estatutos de la Sociedad, por los administradores y colaboradores de la Compañía. ... La Compañía adoptará las medidas del caso para informar adecuadamente a los Accionistas sobre sus derechos y obligaciones... se prestará la orientación y respuesta oportuna a los requerimientos de éstos, en lo que demanden para el correcto desempeño de sus atribuciones y derechos en la Compañía." * Por otra parte, el mismo documento consagra, refiriéndose a la Junta Directiva, que, "Además de sus responsabilidades legales y estatutarias, rendirá oportunamente informes y reportes de actuación a la Asamblea General y a todos los Accionistas, aun por fuera de las reuniones ordinarias y extraordinarias de aquella, garantizando el trato equitativo de éstos". Las anteriores medidas garantizan entonces mecanismos de acceso e información permanentes para los Accionistas.
4	La entidad tiene un reglamento interno de funcionamiento de la Asamblea General que como mínimo abarca los temas de convocatoria y celebración	1	El reglamento de funcionamiento de la Asamblea de Accionistas está comprendido dentro de los estatutos sociales y en el Código de Ética y Buen Gobierno publicado en la página web corporativa.
5	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	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo de conformidad con lo establecido en el Código de Ética y Buen Gobierno, * "Se reconoce el derecho de los Accionistas a la información oportuna sobre la operación y resultados de la Compañía; la obtención de información y el acceso a documentos que permitan la adecuada sustentación para la toma de decisiones" * En los términos del Código de Comercio y de los estatutos, se garantiza a los Accionistas el derecho de inspección, respecto de lo cual el Código de Ética y Buen Gobierno consagra que "Los libros y documentos que se requieran estarán a disposición de los Accionistas y se prestará la orientación y respuesta oportuna a los requerimientos de éstos, en lo que demanden para el correcto desempeño de sus atribuciones y derechos en la Compañía. La Compañía asegurará por todos los medios razonables el adecuado ejercicio del derecho de inspección. Se pondrán a disposición de los Accionistas, en la forma procedente, las propuestas para la integración de la Junta Directiva y la información financiera de la Compañía y relacionadas. " * Durante la Asamblea ordinaria se entrega a los Accionistas toda la documentación relacionada con la reunión. Si eventualmente se van a tratar temas diferentes a los usuales, bien sea de manera formal o a través de llamadas telefónicas o reuniones presenciales, el Gerente General de la compañía coloca a los Accionistas al tanto con anticipación a la reunión * Cuando se trata de reuniones extraordinarias los Accionistas están enterados de los temas a tratar, porque los mismos deben consignarse por mandato legal, en la convocatoria, sin perjuicio que también tengan contacto previo telefónico o presencial con el Gerente General de la compañía, quien les informa sobre dichos temas.
6	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	La convocatoria se realiza con la antelación establecida en la ley y en los estatutos; tanto para reuniones ordinarias como extraordinarias se incluye el orden del día. En caso que el Accionista desee hacer uso de su derecho de inspección, la comunicación indica el horario y persona encargada de atender la petición. El mecanismo para que los asociados se informen sobre los temas a tratar durante la reunión es la notificación del orden del día en la convocatoria y el envío previo a la reunión, de los documentos relacionados con cada uno de los asuntos objeto de discusión, el cual se realiza a través de correo electrónico. Los candidatos para la composición de las juntas directivas y la información sobre ellos se presentan por parte de los asambleístas durante la reunión de la Asamblea, teniendo en cuenta en todo caso que de acuerdo con el Código de Ética y Buen Gobierno, los miembros de la Junta Directiva "Acreditarán conocimiento y experiencia adecuados en relación con el objeto social de la Compañía y/o contar con suficiencia académica y práctica en ciencias relacionadas con el manejo organizacional, además que deberán gozar en todo momento de su relación con la Compañía, de buen nombre personal,

7	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	La medida se implementa en las reuniones de la Asamblea y se registra en las actas.
8	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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo, * Algunos de los aspectos son competencia de la Asamblea y otros están a cargo de otros órganos de la Administración, así: a) La Asamblea aprueba por competencia, todos los asuntos descritos en el literal a) de la política b) La Asamblea fija la remuneración de la Junta Directiva consistente en el pago de unos honorarios por sesión, tal y como está previsto estatutariamente c) La definición de la sucesión de la Junta Directiva es prerrogativa exclusiva de la Asamblea, órgano que la ejerce de acuerdo con sus facultades consagradas legal y estatutariamente d) La administración de activos estratégicos se encuentra estatutariamente asignada a la Junta Directiva, de acuerdo con la dinámica del tema que amerita decisiones expeditas y la Junta Directiva representa precisamente, los intereses de la Asamblea e) Todos los años la administración presenta a la Asamblea de Accionistas la cotización y portafolio de servicios de diferentes firmas de revisoría fiscal, siendo la Asamblea la que decide sobre el nombramiento de la misma * La creación de subordinadas como otras sociedades que son, estará a cargo de los inversionistas en las mismas * Finalmente, al respecto el Código de Ética y Buen Gobierno consagra que "La Junta Directiva velará porque sean de conocimiento de la Asamblea asuntos de especial trascendencia para la Compañía, a más de los que correspondan por Ley o Estatutos. "
9	Sin perjuicio de 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	1	Siempre se advierte en la convocatoria a la Asamblea, sobre este derecho de los Accionistas
10	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	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo, * No se imparten instrucciones sobre el sentido de los votos y tampoco se promueve un modelo estándar de los poderes y por lo tanto no se hace llegar a los convocados ni se publica en la página web, porque los socios tienen libertad absoluta de empoderar e instruir a sus representantes como a bien lo tengan. * Si en las Asambleas ordinarias se va a discutir un tema diferente a los que normalmente se adelantan, se envía a los Accionistas información sobre el particular y cada uno de ellos en su fuero interno, instruirá a su representante en el sentido de su voto. Igual sucede en las Asambleas extraordinarias, en las que por ley, los asuntos a tratar deben estar inmersos en el orden del día, razón por la que si se trata de un asunto que amerita discusión, se les envía un texto con antelación sobre el particular.
11	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	0	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. En ese sentido, el reglamento de la Asamblea de Accionistas se basa en lo establecido en las normas del Código de Comercio y en los estatutos. * No obstante, desde el punto de vista práctico, a la Asamblea pueden acudir los invitados de los Accionistas, de la Junta Directiva o del Gerente General de la compañía, quien siempre está presente en las reuniones mencionadas
12	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) Aprobar las políticas para prevención y control de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). g) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes	1	Las funciones citadas en la medida si se cumplen pero no de la forma como se señala en la misma, sino de la siguiente manera: * Todos los supuestos relacionados en los literales a) b) c) d) f) y g) de la medida se cumplen por parte de la Asamblea, de conformidad con los estatutos sociales. * El supuesto del literal e): En lo relacionado con la Junta Directiva, por parte de la Asamblea; en lo relacionado con la alta gerencia, por la Junta Directiva y en parte por la Gerencia General de la compañía, de conformidad con los estatutos sociales. Las funciones de la Asamblea General cumplen lo establecido tanto en la Circular 007 como en el Decreto 682 de 2018 art. Artículo 2.5.2.3.4.4.
13	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	1	Mediante documento privado del 25 de abril de 2003, inscrito el 28 de abril de 2003 bajo el número 00876936 del libro IX del registro mercantil, la sociedad Matriz BANMEDICA S.A., domiciliada fuera del país, declaró que se ha configurado una SITUACIÓN DE CONTROL con la sociedad Aliansalud EPS.
14	Sin perjuicio de la independencia de cada entidad individual integrada en el Grupo Empresarial y las responsabilidades de sus órganos de administración, existe una estructura organizacional del Grupo Empresarial que define para los tres (3) niveles de gobierno –Asamblea General, Junta Directiva y Alta Gerencia– los órganos y posiciones individuales clave, así como las relaciones entre ellos, la cual es pública, clara y transparente, y permite determinar líneas claras de responsabilidad y comunicación, y facilita la orientación estratégica, supervisión, control y administración efectiva del Grupo Empresarial	N	De conformidad con lo registrado en la medida anterior existe una situación de control debidamente registrada ante la Cámara de Comercio.

15	<p>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:</p> <p>a) La definición del interés del Grupo Empresarial al que pertenecen, entendido como el interés primario que todas las empresas deben perseguir y defender.</p> <p>b) El reconocimiento y aprovechamiento de sinergias entre entidades del Grupo Empresarial, bajo la premisa de respeto por los miembros minoritarios.</p> <p>c) Las respectivas áreas de actividad y eventuales negocios entre ellas.</p> <p>d) Los servicios comunes prestados por la matriz, una subordinada y/o por terceros.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>h) Los mecanismos previstos para resolver posibles conflictos de interés entre las empresas.</p> <p>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>Aliansalud EPS no hace parte de un grupo empresarial, existe una situación de control por parte de BANMÉDICA S.A., que se encuentra debidamente registrada ante la Cámara de Comercio.</p>
16	<p>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>* La medida se encuentra consignada en el Código de Ética y Buen Gobierno, en los siguientes términos: "Para la solución de los conflictos que surjan por razón de este Código entre órganos, Accionistas y colaboradores de la Compañía se propenderá por el arreglo directo. Toda diferencia será analizada y deliberada por quienes en ella intervengan de cara a los intereses corporativos, buscando su superación pronta y directa. Cuando sea del caso la diferencia podrá ser resuelta con la intervención de la Junta Directiva como instancia del Buen Gobierno Corporativo. En caso que dichos mecanismos no permitan la solución de la controversia las partes acudirán a un tribunal de arbitramento, integrado por un (1) árbitro, nombrado de común acuerdo por las partes y que fallará en derecho. Si no hay acuerdo se recurrirá a la lista de árbitros de la Cámara de Comercio del domicilio social."</p> <p>* Por lo anterior no se ha considerado la inclusión de la medida en los estatutos.</p>
17	<p>Los Consejos Directivos de las cajas de compensación familiar que operan programas de EPS constituyen un Comité de Dirección de EPS. Esta medida aplica únicamente para las cajas de compensación familiar.</p>	N	<p>No aplica</p>
18	<p>Los estatutos de la entidad establecen que la Junta Directiva (u órgano equivalente) tiene entre sus responsabilidades, además de las establecidas en la ley, al menos las siguientes:</p> <p>a) Definir la orientación estratégica de la entidad y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico.</p> <p>b) Medir y evaluar la calidad de los servicios de salud y de los procesos de atención al usuario.</p> <p>c) Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión de la entidad.</p> <p>d) Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.</p> <p>e) Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación.</p> <p>f) Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la entidad y los requerimientos de las autoridades, los prestadores y los usuarios, y supervisar su implementación.</p> <p>g) Verificar el adecuado funcionamiento del SCI de la entidad, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables.</p> <p>h) Hacer la propuesta a la Asamblea General para la designación del Revisor Fiscal, previo análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor.</p> <p>i) Proponer la política general de remuneración de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia.</p> <p>j) Proponer la política de sucesión de la Junta Directiva.</p> <p>k) Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.</p> <p>l) La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>m) Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional.</p> <p>n) La aprobación de las políticas referentes con los sistemas de denuncias anónimas o "whistleblowers".</p> <p>o) Identificar las Partes Vinculadas.</p> <p>p) Conocer y administrar los conflictos de interés entre la entidad y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente) y la Alta Gerencia.</p> <p>q) Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la entidad.</p> <p>r) 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>	0	<p>Los aspectos contenidos en la medida están a cargo de otras instancias de la compañía, así:</p> <p>a) Definición estratégica: A cargo de Gerencia General según estatutos; igual la cobertura geográfica por delegación de la Junta Directiva</p> <p>b) A cargo de las Gerencias de Salud, Técnica y Mercadeo y Servicio al Cliente, respectivamente</p> <p>c) A cargo de Gerencia General por definición estatutaria</p> <p>d) Presupuesto por la Junta Directiva y Plan estratégico se construye y aprueba por los funcionarios hasta el tercer nivel</p> <p>e) La Dirección de riesgos administra un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, cuya función es apoyar a los dueños de los procesos en la identificación, medición, monitoreo y control de riesgos, además cuenta con una herramienta tecnológica en donde se administra la información incluyendo los eventos de riesgo sucedidos en la entidad. Dentro de las responsabilidades de la junta directiva está, aprobar políticas de los subsistemas, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que son diseñadas por la instancia responsable. Las políticas de riesgo de LA/FT son Aprobadas por la Asamblea y gestionadas por el Oficial de Cumplimiento</p> <p>f) Las Gerencias en lo que a cada una de ellas compete</p> <p>g) El manual de riesgos contiene para la junta directiva las siguientes responsabilidades i) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su fortalecimiento. ii) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal</p> <p>h) La realiza la administración</p> <p>i) A cargo de Asamblea</p> <p>j) A cargo de Asamblea</p> <p>k) Selección miembros de la Alta Gerencia a cargo de Junta Directiva; de Junta Directiva a cargo de Asamblea. Definición de funciones y responsabilidades, organización y deliberación órganos colegiados: Estatutos sociales. En el informe de gestión anual que presenta el representante legal a la Junta Directiva y posteriormente estos conjuntamente a la Asamblea se incluyen las actividades efectuadas en relación con la administración, coordinación, gestión y dirección en todos los ámbitos de la Compañía. Anualmente se realiza la audiencia pública de rendición de cuentas</p> <p>l) A cargo de la Junta Directiva</p> <p>m) Parámetros para normas de Gobierno Organizacional : Estatutos</p> <p>n) Reguladas en Código de Ética y Buen Gobierno (CEBG) y Manual Sarlaft</p> <p>o) Se identifican en la declaración de situación de control</p> <p>p) Mecanismo para administrar conflictos entre las partes mencionadas: Reguladas en CEBG</p> <p>q) Elección de Junta Directiva: Según lo previsto en los estatutos</p> <p>r) Operaciones que involucren socios o Directores o funcionarios vinculados: Reguladas en el CEBG</p>

18.1	<p>Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces.</p> <p>a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.</p> <p>b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.</p> <p>c) Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.</p> <p>d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.</p> <p>f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.</p> <p>g) Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.</p> <p>h) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.</p> <p>i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.</p> <p>j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.</p> <p>k) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.</p> <p>l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.</p> <p>m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.</p>	1	Está implementado, de conformidad con lo establecido en la Circular 004 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud
19	Dentro de los límites legales, la Junta Directiva está conformada por un número impar de Directores que sea suficiente para el adecuado desempeño de sus funciones, y que permita una eficaz administración y gobierno de la entidad.	1	Sí, la Junta Directiva está confirmada por tres miembros principales y tres miembros suplentes personales.
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 Directiva.	1	La Junta Directiva es nombrada por la Asamblea de Accionistas quien adopta los requisitos que, en su criterio, son necesarios para el nombramiento de los Directores que la representan
21	<p>Todo Director de Junta Directiva cuenta con su Carta de Aceptación, entendiéndose por esta un documento que firma al ser elegido o reelegido y en la que se resumen los compromisos que el nuevo (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.</p> <p>En el caso de los Directores independientes, la Carta de Aceptación incluirá su declaración de independencia y cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo todo Director suscribe una carta de aceptación para su inscripción en el registro mercantil, en la que acepta el nombramiento realizado por la Asamblea. Y aunque la carta no contempla todos los aspectos mencionados en la medida, tanto en los estatutos como en el Código de Ética y Buen Gobierno, se contemplan la mayoría de dichos aspectos. A los dignatarios elegidos se les remite: (i) copia de los estatutos, (ii) código de conducta y buen gobierno y (iii) manual de prevención de delitos.</p> <p>Al firmar la carta de aceptación se deja constancia del recibo y/o capacitación sobre su contenido. También se cumple con declarar en documento separado, el cumplimiento de los requisitos establecidos por la sociedad para integrarse en esta categoría.</p>
22	<p>La entidad identifica el origen de los distintos Directores de la Junta Directiva de acuerdo con el siguiente esquema:</p> <p>a) Directores independientes, quienes, como mínimo, cumplen con los requisitos de independencia establecidos en la sección de Definiciones de la presente Circular, y demás reglamentación interna expedida por la entidad para considerarlos como tales, independientemente del miembro del Máximo Órgano Social o grupo de miembros que los haya nominado y/o votado.</p> <p>b) Directores patrimoniales, quienes no cuentan con el carácter de independientes y son miembros del Máximo Órgano Social, ya sean personas jurídicas o naturales, o personas expresamente nominadas por un miembro o grupo de miembros del Máximo Órgano Social, para integrar la Junta Directiva.</p> <p>c) Directores ejecutivos, que son los representantes legales, miembros de la Alta Gerencia o líderes de la parte asistencial que participan en la gestión diaria de la entidad.</p>	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo, en la práctica se identifica el origen de los directores independientes y patrimoniales según la definición de la Circular; no existen directores ejecutivos
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.	0	El reglamento de la Junta Directiva que se encuentra inmerso en los estatutos sociales, no considera explícitamente la medida, toda vez que la misma no está regulada en la normatividad, sin embargo en la práctica, la medida se ejecuta

24	En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos.	1	En la Junta Directiva no hay Directores ejecutivos
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.	0	Aunque la medida no está adoptada formalmente a través del reglamento de la Junta Directiva, toda vez que la misma no está regulada en la normatividad, el Código de Ética y Buen Gobierno prevé lo siguiente: "Los miembros de la Junta Directiva aplicarán en su comportamiento y en las relaciones de gobierno en particular, los siguientes postulados: ... En caso de tener vinculación laboral con la Compañía, los miembros de Junta Directiva ejercerán su función con autonomía e independencia de criterio. Los miembros de la Junta Directiva o en su momento, quienes aspiren a ser designados en tal función, mantendrán un respetuoso relacionamiento con los Accionistas, evitando generar inadecuados compromisos particulares de actuación a cambio de decisiones o postulaciones y en toda circunstancia, procurando preservar la independencia necesaria entre dichos órganos y personas... -Cuando surjan circunstancias tales, que no generen inhabilidades o incompatibilidades para actuar, pero que afecten seria y directamente la independencia de criterio o que razonablemente deban ser conocidas, el miembro de Junta Directiva en quien concurra dicha circunstancia la reportará a la Junta, dejando constancia de ello en acta y de ser el caso, solicitando abstenerse de participar en la deliberación o votación de que se trate.
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	La Junta Directiva es de tres miembros principales y tres miembros suplentes personales. Dos son independientes, de acuerdo con la definición de la Circular.
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. b) Habrá diversidad de perfiles profesionales, incluyendo al menos personas con experiencia y conocimiento en salud, así como en asuntos administrativos y financieros. c) Identificar los perfiles personales (vinculados con trayectoria, reconocimiento, prestigio, disponibilidad, liderazgo, dinámica de grupo, etc.) más convenientes para la Junta Directiva. d) Evaluar el tiempo y dedicación necesarios para que puedan desempeñar adecuadamente sus obligaciones.	1	El 31 de mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Gobierno Organizacional y su reglamento, el cual entró en funcionamiento el 1 de junio de 2018, el cual actúa como órgano consultivo de la Junta Directiva, de conformidad con lo establecido en el Decreto 682 de 2018 y las Circulares 007 y 004. Por otra parte: * La identificación de perfiles que se necesitan en la Junta Directiva es una definición de la Asamblea que es el órgano que nombra a los Directores * En la Junta Directiva siempre hay Directores con amplio conocimiento y experiencia en asuntos administrativos y financieros, y en la organización existen perfiles con amplio conocimiento en salud que asesoran a la Junta Directiva cuando lo requiere * La identificación de los perfiles profesionales de los Directores de la Junta Directiva la realiza la Asamblea de Accionistas que es el órgano que los nombra * El tiempo y dedicación necesarios dependen de la complejidad de los asuntos a tratar en cada sesión de la Junta Directiva, garantizándose que en todo caso, en cada una de ellas se agote el orden del día correspondiente. Los miembros de la Junta Directiva no son de dedicación exclusiva a la misma.
28	La entidad cuenta con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y la adecuación del candidato a las necesidades de la Junta Directiva, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales de los candidatos, y la verificación del cumplimiento de unos requisitos objetivos para ser Director de Junta Directiva y otros adicionales para ser Director independiente.	1	Por parte de la Secretaría General y Jurídica se realiza en debida forma el análisis de inhabilidades e incompatibilidades contenidos en la normatividad vigente. Por su parte, respecto del tema el Código de Ética y Buen Gobierno dispone lo siguiente: * Además de las causales legales y estatutarias, los miembros de los órganos de dirección y control de la Compañía, declaran que en caso de surgir circunstancias atípicas que afecten en forma grave su criterio o lo condicionen de alguna manera impidiendo el ejercicio libre de sus atribuciones, lo expresarán ante el órgano competente y, en todo caso, ante la Junta Directiva de la Compañía para que ésta proceda como corresponda, separándose en lo posible del conocimiento de toda actuación, procedimiento o decisión en que concurra dicha circunstancia. * Quienes integren los órganos de dirección y administración de la Compañía declaran que una condición especial de habilitación para el desempeño ético de sus encargos será la preparación y la experiencia necesarias para el desempeño de la tarea de que se trate. Cuando surjan dudas sobre el particular, la persona expresará sus motivos, declinará la designación o determinará las condiciones en que deba cumplir el mandato, pero en todo caso reportando las dificultades en las que considere se encuentre. *Por otro lado, una vez los Directores designados aceptan el nombramiento, hacen una declaración adicional en la que manifiestan no incurrir en ninguna de las causales de incompatibilidad y/o inhabilidad contempladas en el Decreto 973 de 1994.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, no obstante, en la práctica, la Junta Directiva es el órgano que aprueba siempre y con antelación, toda la información que se presentará a la Asamblea de Accionista. El 31 de mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Gobierno Organizacional y su reglamento, el cual entró en funcionamiento el 1 de junio de 2018 y este sirve de órgano consultor de la Junta Directiva en relación con los diferentes aspectos contenidos en dicho reglamento, de conformidad con lo establecido en el Decreto 682 de 2018.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. La Asamblea es quien elige de acuerdo con los intereses que desea preservar, a sus representantes en la entidad, como son los miembros de la Junta Directiva, por lo tanto la Junta Directiva no tiene incidencia en el nombramiento de sus miembros.

31	Al momento de posesionarse los Directores de la Junta Directiva, estos hacen una declaración juramentada de su compromiso de obrar en el interés general de la entidad y sus afiliados, 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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, no obstante el Código de Ética y Buen Gobierno establece en varios de sus apartes, preceptos en los que se entiende el espíritu de la medida, tales como: * La Junta Directiva y la Gerencia General adoptarán a partir de los postulados del Código de Ética las medidas y estrategias que sean conducentes a la cabal efectividad de los mandatos éticos, en particular en aspectos relacionados con la formación del talento humano y el desarrollo personal, la prevención de prácticas contrarias a la ética organizacional, la prevención del soborno, la competencia desleal y el inadecuado uso de los recursos de la Compañía. * Se abstendrán así mismo de exigir o condicionar a la administración y colaboradores de la Compañía para que les reconozcan tratamientos de privilegio o discriminatorios * Mantendrán con la Revisoría Fiscal y con la Auditoría Interna y demás instancias de control, relaciones cordiales pero distantes, de tal suerte que se asegure el cabal ejercicio de la inspección, evitando los conflictos de interés. * Respetarán el ejercicio autónomo de las funciones de la Gerencia General, con la cual mantendrán una adecuada comunicación, preferiblemente por los canales institucionales * Evitarán entablar relaciones particulares que los comprometan o condicionen su criterio institucional, en razón de negocios, consideraciones de afecto o relaciones académicas y similares, entre sí, o respecto a Accionistas de la Compañía o frente a la Gerencia General o la Revisoría Fiscal * Se abstendrán de postular o recomendar candidatos a cargos dentro de la Compañía, distintos de aquellos a quienes compete designar por previsión estatutaria * Finalmente, en la carta de aceptación del cargo se incluyen algunos aspectos relativos a funciones y confidencialidad. Así mismo en documento separado los miembros de la Junta Directiva manifiestan no encontrarse incursos en las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en el Decreto 973 de 1994.
32	La Junta Directiva construye el reglamento interno que regula su organización y funcionamiento, así como las funciones y responsabilidades de sus Directores, 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.	0	El reglamento de la Junta Directiva con la mayoría de las características se encuentra en los estatutos sociales.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo el número mínimo de reuniones está determinado en los Estatutos Sociales y en todo caso se establecen los demás mecanismos para la toma de decisiones por parte de la junta en el momento que sea necesario .
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	Sí. Está además previsto en los estatutos sociales
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad, sin embargo el secretario de la junta o a quien este delegue es quien asume directamente la responsabilidad última de que los miembros reciban la información con antelación suficiente y que la información sea útil, procurando además que en el acta de la Junta Directiva prime la calidad frente a la cantidad.
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.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo, si se cumple la medida respecto de los comités de contraloría interna, riesgos y gobierno organizacional. * El reglamento interno de cada uno de los comités de gestión mencionados, contempla la obligación de los mismos, de elaborar un informe anual sobre las actividades significativas que realizan en el respectivo ejercicio, el cual estará a disposición de la Junta Directiva.
37	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. Las reuniones y decisiones de cada uno de los Comités de la Junta Directiva constan por escrito en informes o actas, los cuales están a disposición de la Junta Directiva, autoridades internas y externas de control.	1	La medida se cumple conforme está descrita, en tal sentido: * El reglamento interno de cada uno de los comités de gestión mencionados, contempla la obligación de hacer constar en actas, con numeración consecutiva y suscritas por los miembros asistentes, el Gerente General de la sociedad y el Secretario del comité, las decisiones y actuaciones del órgano de gestión ; y se aclara que dichas actas serán custodiadas por la Secretaría General y Jurídica de la sociedad, quedando siempre a disposición de la Junta Directiva, la Alta Gerencia y las autoridades internas y externas de control. * Se lleva un libro de actas para cada uno de los comités de gestión establecidos.
38	Los miembros de los diferentes Comités son nombrados por la Junta Directiva. Asimismo, este órgano designa los Presidentes de cada Comité.	1	Cada uno de los comités de gestión (Contraloría Interna, Riesgos y Gobierno Organizacional), cuya conformación y reglamento fue aprobado por la Junta Directiva el 31 de mayo de 2018, cuentan con un reglamento interno que contempla que la Junta Directiva designará los miembros de cada comité y a su respectivo Presidente.
39	Los diferentes Comités de la Junta Directiva sesionan al menos una (1) vez cada trimestre.	0	La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo, se aclara que se cumple con lo ordenado por el Decreto 682 de 2018, de tal manera se tiene lo siguiente: *Según el reglamento interno del Comité de Contraloría Interna este deberá sesionar al menos una vez cada trimestre o cuando las circunstancias así lo requieran, previa convocatoria de su Presidente; *Según el reglamento interno del Comité de Gobierno Organizacional este se reunirá como mínimo una (1) vez por semestre o cuando las circunstancias así lo requieran previa convocatoria de su Presidente; * Según el reglamento interno del Comité de Riesgos deberá sesionar al menos una vez cada trimestre, o cuando las circunstancias así lo requieran, previa convocatoria de su Presidente.
40	Todos los Comités de la Junta Directiva tienen presencia de al menos dos (2) Directores independientes.	0	Respecto de la conformación de los Comités de Gestión, la Compañía ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 682 de 2018.

41	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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>	1	<p>En mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Contraloría y su reglamento, entrando en funcionamiento el 1 de junio de 2018, de conformidad con el Decreto 682 de 2018.</p> <p>* De conformidad con el reglamento interno del Comité de Contraloría Interna, el mismo está conformado por tres (3) directores y un (1) experto externo delegado por la Junta Directiva, con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa. Participan como invitados permanentes el Gerente General y el Gerente Financiero de la Sociedad, así como el Director de Auditoría, quien cuenta con voz pero sin voto.</p> <p>*Como se observa en el reglamento interno del Comité de Contraloría, este órgano cumple las funciones establecidas en la circular 007 y en el decreto 682 de 2018.</p>
42	<p>Las funciones del Comité de Contraloría Interna incluyen, al menos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable. Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva. Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI. 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. 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. Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados. 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. 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. 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. 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. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI. Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones. Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado. Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del estudio efectuado. Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir entre otros aspectos: <ol style="list-style-type: none"> Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad. El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos. Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna. Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión. Las observaciones formuladas por los órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso. Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por el mismo, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento o área. Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno. 	1	<p>El comité opera desde el segundo semestre de 2018 y en dicha reunión se presentan los temas más relevantes en cuanto la gestión del negocio, aspectos financieros, de control interno y auditoría. Como evidencia queda el registro de las reuniones en la Actas respectivas, las cuales están bajo custodia de la Secretaría General y Jurídica.</p> <p>El área de Auditoría Interna presenta al Comité de Contraloría el avance del plan anual de auditoría, en el cual se exponen los hallazgos y oportunidades de mejora presentadas a las diferentes áreas auditadas. Lo anterior dando cumplimiento a lo establecido en la reglamentación, que radica en informar los resultados al máximo órgano, en caso de ser necesario.</p>

43	En el Comité de Contraloría Interna los Directores independientes son mayoría.	0	La medida no se ha adoptado, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo, se aclara que se implementó lo señalado en el Decreto 682 de 2018.
44	<p>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 en gobierno organizacional.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>En el caso de que la EPS, la EMP o el SAP 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>	1	<p>El 31 de mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Gobierno Organizacional y su reglamento, entrando en funcionamiento el 1 de junio de 2018, de conformidad con el Decreto 682 de 2018.</p> <p>* Según establece el reglamento interno del Comité de Gobierno Organizacional, este se encuentra conformado por tres (3) miembros y entre sus integrantes deberán estar presentes Directores y expertos delegados por la Junta Directiva con conocimientos en gobierno organizacional.</p> <p>*En el reglamento interno del Comité se establece que el mismo es un órgano de apoyo a la gestión que realiza la Junta Directiva de ALIANSALUD EPS, en sus funciones de definición de una política de nombramientos y retribuciones, garantizar el acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, elaborar la evaluación anual del desempeño de los órganos de gestión y control interno, y el seguimiento de negociaciones con terceros. El Comité de Gobierno Organizacional no 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 sentido, su responsabilidad quedará limitada a servir de apoyo al órgano directivo, velando por la articulación de las políticas, procedimientos y demás normas orientadas al buen gobierno, para que la Sociedad continúe realizando adecuadamente su objeto social y alcance cabalmente sus objetivos dentro del marco estatutario y legal que rigen su actividad.</p> <p>*La conformación, funciones, alcance y responsabilidades del Comité obedecen las disposiciones del Decreto 682 de 2018.</p>
45	<p>El Comité de Gobierno Organizacional tiene entre otras funciones, sin limitarse a ellas, apoyar a la Junta Directiva en los siguientes temas:</p> <p>a) Propender por que los miembros del Máximo Órgano Social, los afiliados y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la entidad que deba revelarse.</p> <p>b) Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el periodo.</p> <p>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.</p> <p>d) Monitorear las negociaciones realizadas por miembros significativos con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo Grupo Empresarial.</p> <p>e) Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores.</p> <p>f) Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiéndolo por ella al Presidente Ejecutivo y a los funcionarios del grado inmediatamente inferior.</p> <p>g) Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia.</p> <p>h) Proponer el nombramiento y remoción del Presidente Ejecutivo, Gerente General o cargo equivalente, así como su remuneración.</p> <p>i) Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo, se aclara que este órgano cumple las funciones establecidas en el Decreto 682 de 2018 tal y como se observa en el reglamento interno del mismo.</p> <p>*Según el reglamento interno del Comité de Gobierno Organizacional sus funciones son: a) Propender porque los miembros del Máximo Órgano Social, los afiliados y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de la Sociedad que deba revelarse. b) Apoyar a la Junta Directiva en la definición de una política de nombramientos y retribuciones para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. c) Apoyar la evaluación anual del desempeño por parte de la Junta Directiva, de los órganos de gestión y control interno, y d) Apoyar el seguimiento de negociaciones con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo conglomerado empresarial.</p>
46	<p>El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaría o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Director de la Junta Directiva.</p> <p>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>	1	<p>El 31 de mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Gobierno de Riesgos y su reglamento, entrando en funcionamiento el 1 de junio de 2018, de conformidad con el Decreto 682 de 2018.</p> <p>* De conformidad con el reglamento interno el Comité de Riesgos está conformado por un (1) profesional con formación en salud y conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación o experiencia en actuaría y un (1) profesional con formación en áreas económicas financieras y/o administrativas, y dos (2) de los directores de la Junta Directiva.</p> <p>*El Comité cumple las funciones establecidas en establecidas en la circular 007 y el Decreto 682 de 2018 tal y como se observa en el reglamento interno del mismo.</p>
47	<p>Las funciones del Comité de Riesgos deben incluir, por lo menos las siguientes:</p> <p>a) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.</p> <p>b) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos –incluyendo coberturas o reaseguros–, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su gestión en el SGSSS.</p> <p>c) Establecer medidas prudenciales como la correcta constitución de reservas técnicas, y velar por la suficiencia patrimonial. Para el caso de las EPS no indígenas, este Comité debe velar por el cumplimiento del Capítulo 2 "Condiciones de habilitación financiera de las EPS" del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016 o normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen.</p> <p>d) Supervisar los procesos de atención al usuario y medir y evaluar el funcionamiento del sistema de atención al usuario (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).</p>	1	<p>*El Comité cumple las funciones establecidas en establecidas en la circular 007 y el Decreto 682 de 2018 tal y como se observa en el reglamento interno del mismo.</p> <p>*De conformidad con el reglamento interno del comité de Riesgos sus funciones son: a) Liderar la implementación y el seguimiento a la política y estrategia de gestión de riesgos de la Sociedad. b) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud. c) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos –incluyendo coberturas o reaseguros–, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la Sociedad, propios de su gestión en el SGSSS. d) Establecer medidas prudenciales como la correcta constitución de reservas técnicas, y velar por la suficiencia patrimonial. e) Supervisar los procesos de atención al usuario y medir y evaluar el funcionamiento del sistema de atención al usuario (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.)</p>

47.1	<p>Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a cargo del Comité de Riesgos:</p> <p>a) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.</p> <p>b) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.</p> <p>c) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.</p> <p>d) Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.</p> <p>e) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.</p> <p>f) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.</p> <p>g) Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.</p> <p>h) Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.</p> <p>i) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:</p> <p>j) El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).</p> <p>k) Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.</p> <p>l) Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.</p>	1	Está implementado, de conformidad con lo establecido en la Circular 004 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud
48	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.	0	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, la compañía tiene un Comité de Ética regulado en el Código de Ética y Buen Gobierno
49	<p>Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:</p> <p>a) Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética al interior de cada entidad.</p> <p>b) Apoyar a la Junta Directiva u órgano equivalente en sus funciones de resolución de conflictos de interés.</p> <p>c) Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.</p> <p>d) Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.</p>	0	<p>* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, la compañía tiene un Comité de Ética regulado en el Código de Ética y Buen Gobierno, órgano que dentro de sus funciones, tiene entre otras las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El diseño e implementación del sistema de medición de indicadores de gestión ética, para lo cual velará porque el mismo guarde relación armónica con las estrategias organizacionales de desarrollo de personal, auditoría, participación social y los demás atinentes. - El análisis y evaluación de dichos indicadores y la realización de los reportes que estime a las instancias de la Organización. <p>* De otra parte, el mencionado código consigna también postulados generales de conducta agrupados bajo el título "DIRECTRICES DE COMPORTAMIENTO" que desarrollan principios de esta naturaleza para</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los colaboradores, en temas como las relaciones con los compañeros, la comunicación interpersonal, las relaciones personales, las relaciones con los usuarios y la conducta individual. - La compañía, en temas como: Gestión Humana, liderazgo y terceros relacionados - El servicio de salud, en temas tales como: Desde los servicios de apoyo y de administración, los servicios de autorización y validación, los servicios de contratación y red de prestación y el servicio a los usuarios, entre otros <p>* La creación de políticas anti soborno se encuentran tanto en el manual anticorrupción, como en el manual del Modelo de Prevención de Delitos</p>
50	El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas anti soborno y anticorrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa.	0	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, la compañía regula los temas mencionados, a través del Código de Ética y Buen Gobierno, el Manual Anti Corrupción y el Manual para el Modelo de Prevención de Delitos

51	El Comité de Conducta implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la GERENCIA GENERAL de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).	0	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. La entidad cuenta con un Modelo de Prevención de Delitos y Manual Anticorrupción, que son sujetos al seguimiento, gestión y validación por parte del área de Cumplimiento y Protección de Datos. Estos documentos recopilan políticas, procesos y procedimientos asociados a la prevención de la corrupción, soborno y fraude. Adicionalmente la Compañía cuenta con el Manual SARLAFT para prevenir el riesgo LA/FT.
52	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) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse o evitar embargos, entre otros actos). h) 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 sistema general de la seguridad social en salud.	0	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante, la compañía regula los temas mencionados, a través del Manual Anti Corrupción y el Manual para el Modelo de Prevención de Delitos El modelo de prevención de delitos implementado por la compañía y aprobado por la Junta Directiva, contempla: a. Política de Invitaciones y Regalos lineamientos que permiten la detección y mitigación de riesgos de corrupción. b. Todas las pautas, actividades y acciones adoptadas en terminos de cumplimiento, entre las que se encuentran, la creación de cláusulas para salvaguardar la compañía frente a los potenciales delitos que puedan cometer las partes relacionadas (proveedores, prestadores, colaboradores), definición y monitoreo de matriz de riesgos y controles, gestión del canal de denuncias, así como políticas de relación con funcionario público, conflicto de interés, donaciones, debida diligencia, anticorrupción. Es el Oficial de Cumplimiento el coordinador de las actividades cumplimiento y control del Modelo de Prevención de Delitos y el Manual Anticorrupción.
53	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 afiliados, 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.	1	La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, basado en la metodología COSO, mediante la documentación de los subprocesos a través de flujogramas, narrativas y matrices que contienen los riesgos identificados por los dueños de proceso para su gestión. Mediante esta metodología los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos. Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes. La metodología se encuentra establecida de manera formal en un manual que está disponible en la intranet de la Compañía, en donde se establecen claramente los roles y responsabilidades de cada uno de los colaboradores y se define como un proceso transversal con participación desde la alta gerencia hasta el nivel inferior. Dicha metodología hace parte del plan de capacitación institucional y en casos puntuales Auditoría brinda asesoría y acompañamiento para su aplicación. Al final del proceso se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación. Esta información es presentada a la Gerencia General y al Comité de Contraloría.

54	<p>La entidad aseguradora 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>	1	<p>La estructura del sistema de control interno de la Compañía está definida bajo el marco de los siguientes elementos consolidados en una matriz general de riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente de Control, que incluye la definición de políticas, principios éticos y valores institucionales, una estructura organizacional con segregación adecuada de las responsabilidades y deberes, administración del recurso humano con calidad y de acuerdo con las responsabilidades y un área de Auditoría Interna que realiza la validación del cumplimiento de la gestión que desarrolla cada área, con el fin de evidenciar e informar a la Alta Gerencia el cumplimiento de lo indicado por el Gobierno Corporativo 2. La Gestión de los riesgos en la entidad se realiza a través de la implementación de una metodología que consta de los siguientes elementos <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo General de Gestión de Riesgos • Principios y Políticas de Gestión de Riesgos • Procesos y Procedimientos • Documentación • Estructura Organizacional • Infraestructura Tecnológica • Divulgación de la Información y Capacitaciones. 3. Actividades de control, establecidas a través de un sistema de autorizaciones y procedimientos de registro que brindan una seguridad razonable, segregación adecuada de funciones, políticas y procedimientos para el manejo y control de los bienes, recursos e información, documentación de procesos, actividades de autocontrol, entre otros. 4. Información y comunicación, mediante políticas y procedimientos de acceso a los datos y manejo de información y comunicaciones, sistemas que aseguran el flujo de información y la calidad e integridad de la misma. Se encuentra definida la política de Seguridad de la Información y los diferentes estándares en donde se incluye el control de acceso, identificación y autenticación. Para el acceso a los sistemas de información este está validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso. Adicional a esto, se tienen implementados protocolos seguros HTTPS, para el transporte seguro de la información a través de la red. 5. Supervisión y seguimiento a través de las actividades de autocontrol incorporadas en los procesos y operaciones de la Compañía, cuyo objetivo es la evaluación y mejora permanente, así como las revisiones independientes por parte del Auditoría Interna, externa, revisoría fiscal, entre otras.
55	<p>En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. e) 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. f) 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. g) Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica. 	1	<p>a) y b) Los principios básicos y lineamientos de conducta están descritos el Código de ética y Buen Gobierno de la Compañía, documento que describe los principios, normas y parámetros autoimpuestos de comportamiento para el servicio. El código de ética define la creación de un comité de ética, establece la figura de Oficial de ética y menciona sus responsabilidades. El código de ética se socializa a todos los colaboradores en el momento de su ingreso y adicionalmente se cuenta con un curso virtual a través de los sistemas de la Compañía, el cual es de carácter obligatorio.</p> <p>Contamos con la figura de Oficial de Cumplimiento que hace seguimiento y monitoreo a lo establecido en el Modelo de Prevención de Delitos y demás normas internas de la compañía (Código ética, reglamento interno de trabajo, etc.)</p> <p>c) Se cuenta con políticas y procedimientos de selección de personal establecidas formalmente en un manual, que señalan las competencias y habilidades requeridas para los cargos. Adicionalmente existe una definición de roles y responsabilidades para los diferentes cargos en la organización.</p> <p>El área de Talento Humano posee la caracterización del proceso de selección de personal con su respectivo flujograma. En los perfiles de los cargos se relacionan las competencias requeridas que se requieren y evalúan según el cargo. Se tienen roles y responsabilidades definidas, estas registradas en los perfiles de los diferentes cargos.</p> <p>d) Se definen las metas crucialmente importantes de la Compañía de acuerdo con los objetivos estratégicos de la entidad y el sector y de acuerdo con ello se establecen las estrategias a nivel operativo, tendientes al logro de dichos objetivos, los cuales también están alineados con los objetivos de reporte y cumplimiento, los cuales son de estricta observación por parte de la Administración.</p>

56	<p>La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:</p> <p>a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.</p> <p>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 incluyen 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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>g) Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.</p> <p>h) Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se selecciona la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente.</p> <p>i) Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.</p> <p>j) Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes o acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normatividad vigente.</p> <p>k) Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).</p> <p>l) Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud y la normatividad vigente en la materia.</p>	1	<p>a) El área de riesgos a través de cada uno de subsistemas, realiza una identificación de las posibles amenazas a las que se ve expuesta la entidad.</p> <p>b) Autoevaluación de los riesgos: Se realiza conforme señala el literal.</p> <p>c) Evaluación y Medición: Para la evaluación y medición de los riesgos operativos, reputacionales y de fallas del mercado de salud, se cuenta con dos escalas de calificación, una mide la probabilidad de ocurrencia y la otra mide el impacto, esto de acuerdo al enfoque de los riesgos administrados en cada subsistema En cuanto a los riesgos financieros, se realiza una valoración del riesgo que consiste en otorgar una medida cuantitativa del importe económico basada en la ocurrencia y el impacto</p> <p>d) Los Controles o medidas mitigantes son descritos de forma amplia identificando el responsable, la periodicidad de la ejecución, la actividad concreta de control, el cierre de ciclo del control y la evidencia de su ejecución.</p> <p>e) Los mapas de riesgos se construyen por tipo de riesgo con el fin de visualizar las zonas de exposición en las cuales se encuentran los riesgos, estos mapas son actualizados por lo menos una vez al año o cuando sea requerido</p> <p>f) Aliansalud EPS desde el 2008 diseñó su Plan de Continuidad del Negocio que busca proveer los elementos necesarios para garantizar las operaciones críticas de la entidad</p> <p>g) La Divulgación de la información contenida en los manuales se realiza a través de la capacitación anual obligatoria, así como la capacitación puntual a los Gestores de Riesgo Operacional en cada una de las áreas.</p> <p>h) En la Gestión de Riesgos se definen las estrategias y planes de acción que deben ser realizados para evitar, prevenir, reducir, mitigar y controlar los riesgos residuales con calificación de riesgo residual intolerable y aquellos calificados como tolerables que presenten un impacto alto.</p> <p>i) La entidad cuenta con un formato para el registro de eventos de riesgo operativo, el cual contiene los campos exigidos por la norma, se cuenta con un responsable por área denominado como Gestor de Riesgo Operacional, un funcionario que recibe una capacitación puntual en la metodología de riesgos para la identificación y análisis de cada evento.</p> <p>j) La gestión realizada para cada uno de los subsistemas es presentada mínimo con periodicidad trimestral en el Comité de Riesgos y de manera anual en la Junta Directiva.</p> <p>k) Entre las responsabilidades del comité se encuentra el definir las acciones correctivas y preventivas para corregir o mitigar los riesgos importantes para la organización.</p> <p>l) El sistema integrado de gestión de riesgos se encuentra plenamente alineado con la normatividad vigente expedida por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular 004 de 2018</p>
57	<p>La entidad adelanta unas actividades de control obligatorias para todas las áreas, operaciones y procesos de la entidad, tales como, las siguientes:</p> <p>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.</p> <p>b) Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de estos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>e) Segregación de funciones.</p> <p>f) Acuerdos de confidencialidad.</p> <p>g) Procedimientos de control aleatorios.</p> <p>h) Difusión de las actividades de control.</p>	1	<p>a) El Comité de Gerencia General se reúne semanalmente para analizar la gestión respecto al cumplimiento de las estrategias, objetivos y determinar los factores internos y externos que pueden afectar los resultados</p> <p>b) La Compañía tiene establecidos controles gestionados por la Dirección de Soporte y Comunicaciones relacionados con la administración de accesos de usuarios a los sistemas de información de la compañía.</p> <p>c) Sobre las aplicaciones se tienen implementados controles en cada nivel. Cada autorización corresponde a la asignación de perfiles cada uno con distintos niveles de accesos y permisos. Cada funcionalidad se implementa para satisfacer necesidades de negocio, los cuales poseen diferentes clases de validaciones para asegurar la correcta captura (validaciones a nivel interfaz de usuario, a nivel de servicios y de base de datos), transporte (protocolos https), procesamiento y almacenamiento en los repositorios finales.</p> <p>d) El acceso del personal a las instalaciones está controlado mediante carné institucional y biométrico. Para visitantes se lleva un registro de nombre e identificación, con tarjeta de acceso. Las áreas sensibles del centro de cómputo cuentan con control de acceso a personal autorizado con puertas con biométricos y clave.</p> <p>e) Los procesos están estructurados considerando una adecuada segregación de funciones, para asegurar que ninguna persona tenga la autoridad para ejecutar dos o más transacciones sensibles en conflicto, a través de la generación e identificación de responsabilidades de cada una de las personas que ejecutan un control.</p> <p>f) Todo el personal ha suscrito un "otro si" al contrato laboral con cláusulas de confidencialidad para el manejo de la información y los datos. Las contrapartes de la compañía cuentan con cláusulas o acuerdos de cumplimiento del Modelo de Prevención de Delitos (MPD) y Confidencialidad, frente a los proveedores hemos adoptado una carta de compromiso y entendimiento, en la que se adhieren a los lineamientos de manejo de información confidencial, protección de datos y MPD. Adicionalmente, se adoptó un acuerdo adicional de confidencialidad para aquellos colaboradores que al terminar su vinculación laboral conocemos pueden tener algún conflicto de interés.</p> <p>g) De manera adicional a las revisiones de autocontrol que llevan a cabo las áreas sobre sus controles clave, Auditoría Interna realiza validaciones aleatorias con el fin de comprobar su eficacia y desempeño.</p> <p>h) La metodología de revisiones de autocontrol que hacen parte del proceso de certificación de control interno, fue divulgada al personal desde su implementación, hace parte de la capacitación institucional y el manual está disponible en la intranet de la Compañía.</p>

58	<p>Los sistemas de información de la entidad son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, manejan tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior. Tales sistemas garantizan que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.</p> <p>La entidad adelanta como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:</p> <p>a) Identificar la información que se recibe y su fuente.</p> <p>b) Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.</p> <p>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.</p> <p>d) Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.</p> <p>e) Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente originales, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.</p> <p>f) Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.</p> <p>g) Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.</p> <p>h) Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo.</p> <p>i) Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros).</p> <p>j) Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda).</p> <p>k) Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia.</p> <p>l) Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros.</p> <p>m) Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento.</p> <p>n) Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.</p>	1	<p>a) Cumple</p> <p>b) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso</p> <p>c) La captura de la información se realiza mediante interfaces interactivas y la transmisión por integración entre sistemas.</p> <p>d) Se cuenta con proceso de control de calidad de datos en los diferentes procesos.</p> <p>e) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>f) La información para entrega a terceros y entes regulatorios se realiza por personas específicas e idóneas para hacerlo. De igual forma documentos o comunicados oficiales las prepara el área jurídica o áreas cuya función incluye emitir documentos a clientes o terceros.</p> <p>g) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso</p> <p>h) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros.</p> <p>i) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>j) Se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>k) Se cuenta con protocolos de backup y custodia en terceros. Se cuenta con planes de pruebas de recuperación para validar la eficacia.</p> <p>l) El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio activo y las aplicaciones cuentan con definición de perfiles de acceso / se tiene implementado un sistema de gestión documental y procedimientos de archivo físico.</p> <p>m) Se cuenta con plan de análisis de vulnerabilidades, de actualización de arquitectura de hardware y software. Control de cambios en aplicaciones</p> <p>n) Cumple</p>
59	<p>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>	1	<p>* La entidad cuenta con manuales de Políticas, de Proceso y circulares reglamentarias debidamente publicadas y con acceso electrónico mediante la INTRANET CORPORATIVA.</p> <p>* El acceso a los sistemas de información esta validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso</p> <p>* Se cuenta con un Datacenter propio con todas las características de seguridad tanto física como lógica para garantizar la seguridad, confidencialidad y disponibilidad de la información</p>
60	<p>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>	1	<p>* Los accesos a la información sujeta a reserva se encuentran asignados previamente por el responsable del proceso en razón de las funciones que desempeña el colaborador. Adicionalmente, se tienen lineamientos de protección de datos respecto a la seguridad y adecuado tratamiento de la información personal. Los requerimiento de información de terceros son evaluados por las áreas encargadas de Protección de Datos Personales y Seguridad de la Información, buscando reducir riesgos en el tratamiento de la información, con especial cuidado de los datos protegidos.</p> <p>De acuerdo con el análisis de riesgo, necesidad y legalidad se anonimizan los datos evitando identificar a un titular de los datos.</p> <p>* El acceso a los sistemas de información está validado por autenticación mediante Directorio Activo y las aplicaciones cuentan con definición de Perfiles de acceso. Adicional a esto se tienen implementados protocolos seguros HTTPS, para el transporte seguro de la información a través de la red.</p> <p>* La entidad implementó la herramienta TDM (CA technology) que permite el enmascaramiento de datos para ambientes de desarrollo y pruebas.</p>
61	<p>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>	1	<p>En la Asamblea Ordinaria, cuyos documentos se encuentran a disposición de esa Superintendencia, se presenta siempre el informe sobre la materia, exigido por la Ley 222 de 1995</p>
62	<p>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>	1	<p>La medida se tiene implementada.</p> <p>La compañía cuenta con:</p> <p>* Estándar de administración del programa de Seguridad de la Información.</p> <p>* Política de Seguridad de la Información la cual ha sido aprobada, divulgada y se encuentra disponible para su consulta, como también con estándares de Seguridad de la Información.</p> <p>* Plan de sensibilización y capacitación en Seguridad de la Información</p> <p>* Los colaboradores firman acuerdos de confidencialidad para el manejo y gestión de la información.</p> <p>* La firma de los contratos con terceros cuentan con los acuerdos de confidencialidad y manejo de datos personales, previamente validados por el Oficial de Protección de Datos.</p> <p>* La entidad cuenta con Oficial de Seguridad de la Información y Oficial de Protección de Datos quienes velan por el correcto cumplimiento de los acuerdos.</p>

63	Cada empleado conoce el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SCI y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispone de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.	1	<p>* Todos los empleados al momento de su vinculación, certifican el entendimiento que tienen sobre las funciones que les serán asignadas, al momento de la firma del contrato de trabajo. Todo colaborador nuevo recibe su perfil de cargo en el momento de la contratación, una copia firmada reposa en su respectiva carpeta.</p> <p>* En la inducción institucional se dan a conocer las funciones del área de auditoría y control interno y se les manifiesta que el control interno de la compañía es responsabilidad de todos.</p> <p>* Posteriormente reciben capacitación sobre la forma en que deben ejercer tales funciones y desarrollan actividades específicas relacionadas con los procesos que son motivo de auditoría de control interno. Dicha capacitación la realiza el área de auditoría interna y hace parte del programa de capacitación del cargo.</p> <p>* La compañía adelanta cursos virtuales periódicos de actualización, sobre los diferentes tópicos que le atañen para su ejercicio. Es coordinado por cada área</p> <p>* También periódicamente se refuerzan a través de correspondencia electrónica, las políticas corporativas. Toda actualización o socialización de nueva política corporativa se realiza a través de mailing.</p> <p>Dentro del perfil de cada cargo están establecidos los roles y responsabilidades de cada colaborador .</p> <p>* Los medios para comunicar información significativa al exterior y al interior de la compañía son: La Intranet, pagina web, circulares informativas y mailings.</p>
64	<p>Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la entidad cuenta cuando menos con los siguientes elementos:</p> <p>a) Canales de comunicación.</p> <p>b) Responsables de su manejo.</p> <p>c) Requisitos de la información que se divulga.</p> <p>d) Frecuencia de la comunicación.</p> <p>e) Responsables.</p> <p>f) Destinatarios.</p> <p>g) Controles al proceso de comunicación.</p> <p>Adicionalmente, los administradores de la entidad adoptan los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad, 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>	1	<p>a) Página web; oficina virtual, opción contáctenos; línea de asistencia Aliansalud, envío de mailing con infografías informativas, educativas y de salud; Carta de Derechos y Deberes y Carta de Desempeño; canal de Youtube, 3 pantallas Aliansalud TV.</p> <p>b) Subgerencia de mercadeo.</p> <p>c) Información educativa, información de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con validación médica del área de Salud Administrada.</p> <p>d) La frecuencia de las publicaciones se realizan de acuerdo a necesidades de comunicación a los usuarios y cambios normativos.</p> <p>e) Subgerencia de mercadeo (Coordinación de comunicaciones y experiencia junto con la Coordinación de demanda) y demás áreas encargadas de aprobar los contenidos a socializar a los usuarios según la temática requerida.</p> <p>f) Usuarios Afiliados de Aliansalud EPS y población en general.</p> <p>g) Revisión de contenidos por parte del área de Mercadeo, Servicio al Cliente, Área Jurídica y Salud Administrada según sea el caso.</p>
65	<p>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 (vicepresidentes, gerentes, directores, 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. Estas evaluaciones están alineadas con el modelo de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud que define el Ministerio de Salud y Protección Social y con los requerimientos de las diferentes entidades regulatorias y de control del SGSSS.</p> <p>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>	1	<p>La Compañía desarrolla un proceso anual de certificación de control interno, mediante el cual los dueños de los procesos administran su riesgo y ejercen actividades de autocontrol que permiten validar el desempeño y la eficacia operativa de los controles clave asociados a los riesgos más críticos, garantizando que estos funcionan como se ha definido y estableciendo los planes de mejora en los casos requeridos.</p> <p>Al final del proceso se emite una certificación a casa matriz por parte de la Gerencia General con base en las certificaciones respectivas de los Gerentes y Subgerentes de área. También se genera un informe con los resultados obtenidos y los planes de mejora establecidos por la Administración, sobre los cuales se hace seguimiento periódico para validar su implementación. De acuerdo con la metodología establecida, en caso de identificarse deficiencias materiales estas deben reportarse a casa matriz, sin embargo a la fecha no se han presentado.</p> <p>Este proceso es monitoreado periódicamente por el área de Auditoría y Control Interno, la cual efectúa validaciones independientes y por su parte la auditoría externa de casa matriz, adelanta también las verificaciones respectivas y el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior.</p> <p>Esta información es presentada a la Gerencia General y al Comité de Contraloría.</p>
66	<p>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>	1	<p>La Compañía tiene a su Auditor Externo - PWC el cual genera su dictamen cada año y evalúa el control interno de la Entidad a través de su dictamen.</p>
67	<p>La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de contraloría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.</p> <p>Los representantes legales son responsables de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñan procedimientos de control necesarios e incluyen en el informe de gestión que los administradores de la entidad presenten a la Asamblea General u órgano equivalente, y a la Junta Directiva o quien haga sus veces, evaluaciones sobre el desempeño de los mencionados sistemas</p>	1	<p>La medida se ha adoptado de acuerdo al sistema de garantía de la calidad sin embargo, aunque no se presentan a la Asamblea de Accionistas informes pormenorizados sobre los aspectos en ella relacionados, se anota que,</p> <p>* Se tienen implementados procesos de seguimiento relacionados con accesibilidad, oportunidad de servicios ambulatorios de consulta y urgencias en las puertas de entrada y en el ámbito hospitalario y procesos de referencia y contrareferencia. Se cuenta con un proceso documentado mediante el cual se establece la metodología de seguimiento a la accesibilidad y oportunidad de consulta externa y hospitalaria de la red contratada. Se realiza retroalimentación periódica a las IPS de la red dispuesta para la prestación de los servicios de salud y se establecen las acciones de mejora correspondientes. Se cuenta con cuadros de control de seguimiento a la calidad de la atención de las IPS Atención básica ambulatoria.</p> <p>* Se cuenta con un proceso documentado para la evaluación de la calidad en la generación de autorizaciones. Adicionalmente se cuenta con proceso de medición y seguimiento al indicador de oportunidad en la generación de autorizaciones.</p> <p>** El seguimiento a la seguridad clínica, pertinencia y continuidad en la atención, se realiza a través de procesos de seguimiento y auditoría clínica, mediante los cuales se valida la habilitación de la red y la pertinencia, calidad de los servicios y adherencia a las guías de práctica clínica, y con procesos de seguimiento a la gestión de riesgo en salud, según el perfil epidemiológico de la población y las enfermedades de mayor relevancia clínica y de costo para la oportuna atención de acuerdo con la caracterización poblacional;</p> <p>* En el ámbito hospitalario, se realiza seguimiento a los indicadores de calidad y seguridad de la atención como eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.</p> <p>* Se generan indicadores trimestrales con planes de mejoramiento con los prestadores e indicadores anuales que se le presentan a la GERENCIA GENERAL, instancia que direcciona la compañía en este y en todos sus propósitos, y que presenta en el informe de gestión a la Asamblea informes sobre el particular.</p>

68	Los representantes legales informan a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y las medidas adoptadas para superarlas.	1	* En el informe de gestión anual que presenta el representante legal a la Junta Directiva y posteriormemnte estos conjuntamente a la Asamblea General de Accionistas se incluyen todas las actividades efectuadas en relación con la administración, coordinación, gestión y dirección en todos los ámbitos de la Compañía.
69	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. Para las EPS esta medida deberá tener en cuenta los servicios prestados por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con las normas vigentes sobre garantía de la calidad. 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. 3.3.3.3.2. Control interno en la gestión financiera	1	La medida se encuentra normatizada con la Circular 004 de 2018 y se ha dado cumplimiento en lo relacionado a la identificación de riesgos en salud con la metodología y controles para cada uno de los riesgos priorizados. Se cuenta con documento de riesgo en salud y con el Comité de Riesgo que funciona de acuerdo a la normatividad. Se cuenta con Política para la Gestión del Riesgo en Salud.
70	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 presentan a la Asamblea General u órgano equivalente, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.	1	* Control Interno: Dentro del proceso y flujogramas de cierre anual contable y reporte de estados financieros, se encuentran los pasos a seguir, así como las matrices de riesgos que contienen los controles sobre los mismos generando seguimiento por parte del área generadora (contabilidad -financiera), así como por el área de auditoría, quienes realizan revisiones dependiendo de la calificación del riesgo y acompañamiento en los planes de acción de encontrar algún hallazgo. * Auditoría y Revisoría fiscal: tanto el área de Auditoría como revisoría fiscal generan plan de auditoría y cronograma que es ejecutado durante cada vigencia, donde de encontrar hallazgos son reportados directamente a Gerencia General y Asamblea de Accionistas. * Reporte a Asamblea de Accionistas y Junta Directiva: Anualmente de acuerdo con los estatutos de la compañía, se emiten estados financieros y notas de revelación, donde se evidencian las cifras previamente auditadas, documento que es suscrito por el Representante Legal, el Contador y el Revisor Fiscal de la entidad.
71	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.	1	* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se anota que las actividades descritas en la medida, sí se realizan por diferentes áreas de la compañía, tales como Gerencia de Cumplimiento, Subgerencia de Auditoría y Control Interno y Dirección de Riesgos.
72	La entidad adopta como mínimo las siguientes políticas de control contable: a) Supervisión de los procesos contables. b) Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos, utilizados en los procesos contables. c) Presentación de informes de seguimiento. d) Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento. e) Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas. f) Supervisión continua de los Sistemas de Información. g) Autorización apropiada de las transacciones por los órganos de dirección y administración. h) Autorización y control de documentos con información financiera. i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.	1	a) Supervisión de los procesos contables: los procesos de cierre contable y generación de estados financieros se encuentran establecidos en las matrices de riesgos, los controles que cubren lo mencionado y se evidencian soportados en las diferentes conciliaciones generadas tales como: bancos, cajas, vinculados, diferidos entre otras. b) Evaluaciones : la compañía cuenta con el área de tecnología quien ejecuta y administra los accesos a los aplicativos y archivos por usuario, respecto al software correspondiente al área financiera Great Plains, tiene perfiles asignados a través de funciones y tareas de seguridad, sobre el que se ejerce control mediante la matriz de riesgo, así como el área de revisoría fiscal en sus controles .anuales) Presentación de informes de seguimiento: mensualmente se genera información de cierre, donde se evalúa el resultado mensual, el cual es reportado a la Superintendencia de salud mediante circular única, cuyos archivos son revisados y firmados digitalmente por Revisoría Fiscal y también es presentado en Junta Directiva cuando se reúnen y reportado a casa matriz d) Validaciones de calidad de la información : Dentro del proceso de control interno así como con la generación de conciliaciones establecidas, se realiza la validación de lo mencionado. e) Comparaciones, inventarios: Los inventarios de activos fijos son realizados de acuerdo con una planeación, mediante un cronograma a ser ejecutado durante el año de acuerdo con las políticas internas, sobre el que se realiza seguimiento y planes de acción , en dichos inventarios existe el acompañamiento por parte del área de auditoría. f)Supervisión. El área de tecnología tiene protocolos de backup de seguridad sobre el aplicativo contable. Adicional el área de contabilidad genera mensualmente informes que permiten visualizar el correcto funcionamiento mediante el análisis en conciliaciones de movimientos vs saldos finales. g) Autor, apropiada de las transacciones: Al existir los procesos de integraciones automáticas y flujos de aprobación por los funcionarios autorizados, se asegura el correcto registro de las transacciones, teniendo en cuenta que son reportados por los diferentes satélites de la compañía. Adicional con el proceso de control interno y auditoría por parte de Revisoría se evidencia el correcto funcionamiento o posibles hallazgos. h)Autorización y control de documentos con información financiera: Los reportes de información financiera requeridos por la Superintendencia de salud, de acuerdo con lo establecido generan proceso de revisión por Revisoría y firma digital por parte de Representante Legal, contador y Revisoría Fiscal i) Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades : Las funciones del área contable y sus actividades están delimitadas desde los perfiles de cargo y seguridad en el sistema de información.

73	La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.	1	La compañía cuenta con Políticas documentadas en manuales de proceso, circulares, cláusulas en contratos de trabajo y cláusulas en contratos administrativos.
74	<p>La entidad cuenta con un plan de infraestructura de tecnología, que incluye, por lo menos las siguientes variables:</p> <p>a) Administración de proyectos de sistemas. b) Administración de la calidad. c) Adquisición de tecnología. d) Adquisición y mantenimiento de software de aplicación. e) Instalación y acreditación de sistemas. f) Administración de cambios. g) Administración de servicios con terceros. h) Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica. i) Continuidad del negocio. j) Seguridad de los sistemas. k) Capacitación y entrenamiento de usuarios. l) Administración de los datos. m) Administración de instalaciones. n) Administración de operaciones de tecnología y documentación.</p> <p>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>	1	<p>a) Cumple b) En implementación c) Cumple d) Cumple e) Cumple f) Cumple g) Cumple h) En implementación. i) Cumple j) Cumple k) Cumple l) Cumple m) Cumple n) Cumple (en implementación)</p>
75	<p>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:</p> <p>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 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 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 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>Todas las decisiones y actuaciones que se producen en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas constan por escrito en el acta de la reunión respectiva y están debidamente motivadas. La Junta Directiva u órgano equivalente determina la información que debe ser divulgada a los diferentes niveles de la organización, de acuerdo con lo que considera pertinente.</p>	0	<p>Las funciones citadas en la medida si se cumplen pero no de la forma como se señala en la misma, sino a través de diferentes instancias de la compañía, así:</p> <p>* La entidad adelanta anualmente un ejercicio de planeación estratégica con todos sus funcionarios hasta de tercer nivel, sin perjuicio que si eventualmente llegare a ser necesario, se redireccione antes de terminar el período para el que fue concebido. * Existen estrategias y políticas de control interno desarrolladas por la Administración y la Casa Matriz, aprobadas por la Gerencia General y ejecutadas por todos los funcionarios de la compañía, las cuales son objeto de revisión y seguimiento por parte de Auditoría Interna. * Se aplica por parte de Gestión Humana un mecanismo de evaluación de desempeño a todos los funcionarios atado al cumplimiento de objetivos y metas previamente establecidas. * Las líneas de responsabilidad de la compañía se encuentran establecidas en los estatutos y en la descripción interna de funciones de cada cargo. * La casa matriz de Banmédica Chile de manera conjunta con la Gerencia General de Banmédica Colombia, llevan a cabo el proceso de selección del Director de Auditoría y Control Interno. * Con respecto a la capacidad de la Junta Directiva para solicitar los informes y ejercer los controles que a bien tenga lugar, se anota que de acuerdo con los estatutos sociales la misma puede ejercerse por el mencionado órgano de la administración, sin limitación alguna. * La Alta Gerencia participa en el Proceso de Certificación de Control Interno de la Entidad, establecido bajo los lineamientos de casa matriz y brinda la infraestructura y recursos necesarios, de manera que todas las áreas puedan desarrollar el proceso de manera adecuada. Dicho proceso es monitoreado periódicamente por Auditoría Interna. * El resultado del Proceso de Certificación de Control Interno que desarrolla la Entidad con periodicidad anual y asu vez es reportado a la Gerencia General y al Comité de Contraloría, informando los planes de remediación establecidos por la Administración para subsanar las situaciones identificadas.</p>

76	<p>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:</p> <p>a) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el SCI.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>d) Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.</p> <p>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.</p> <p>f) Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.</p> <p>g) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>l) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad.</p> <p>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>En general, el Representante Legal es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la correspondiente entidad y su adecuado funcionamiento, para lo cual demuestra la ejecución de los controles que le corresponden.</p>	1	<p>El proceso de certificación de control interno se lleva a cabo con base en los lineamientos y la metodología definida por casa matriz, para lo cual la Gerencia General de la Compañía dispone las estrategias, políticas, información y recursos necesarios para la implementación y desarrollo de las actividades para su cabal cumplimiento.</p> <p>La metodología y los procedimientos se encuentran definidos formalmente en un manual que está disponible en la intranet de la Compañía, en donde se determinan claramente los roles y responsabilidades de cada uno de los colaboradores y se establece como un proceso transversal con participación desde la alta gerencia hasta el nivel inferior.</p> <p>Los principios básicos y lineamientos de conducta están definidos formalmente en el Código de Ética y Buen Gobierno de la Compañía, el cual hace parte del Modelo de Prevención de Delitos, que fue aprobado por la Junta Directiva, se encuentra publicado en la intranet institucional y es de estricto cumplimiento para todos los colaboradores. Este modelo además dispone de un canal de comunicación para la recepción de denuncias (canal de denuncias), con el fin de informar eventuales irregularidades, el cual está dispuesto en la intranet y página web de la Compañía.</p> <p>El código de ética además establece entre las funciones del oficial de ética: adelantar las labores necesarias en orden a realizar el seguimiento y control sobre la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Código, de lo cual dará informe al Comité de Gerencia.</p> <p>En las pruebas de auditoría se solicita la información requerida para las validaciones pertinentes y obtener la evidencia adecuada y suficiente para concluir sobre los resultados de las validaciones e informar a la Alta Gerencia, para adoptar los correctivos necesarios, así como efectuar el respectivo seguimiento a la implementación de los planes de remediación.</p> <p>La Compañía tiene a su Auditor Externo - PWC el cual genera su dictamen cada año y evalúa el control interno de la Entidad a través de su dictamen.</p> <p>Finalmente, la Compañía cuenta con una Política General de Revelación de Información y Transparencia, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 682 de 2018.</p>
77	<p>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.</p> <p>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>	1	<p>* Las constancias documentales de las actuaciones del representante legal relacionadas con sus responsabilidades, se evidencian en la correspondencia que dirige en ejercicio de su cargo tanto de manera interna como externa, los informes que presenta a la Junta Directiva, los informes que presenta a la Asamblea de Accionistas, la certificación de control interno y en general en todas sus manifestaciones formales como tal.</p> <p>* De conformidad con lo establecido en el Código de Ética y Buen Gobierno, "El Gerente General mantendrá disponible la información y documentos que requieran los órganos de la Compañía y les reportará, incluida la Revisoría Fiscal, toda circunstancia que pudiere afectar de alguna forma a la Compañía".</p>
78	<p>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>	1	<p>Auditoría Interna cuenta con un estatuto que establece los objetivos, funciones, responsabilidad, competencias, alcance del trabajo, posición dentro de la Compañía y atribuciones. Este documento fue presentado y aprobado al Comité de Contraloría.</p>
79	<p>La actividad de contraloría interna es independiente, y el Auditor Interno es objetivo en el cumplimiento de su trabajo a través de una actitud imparcial y neutral, buscando siempre evitar conflictos de intereses.</p> <p>Si la independencia u objetividad del Auditor Interno en cualquier momento se ve comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento se dan a conocer por escrito a la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	1	<p>Existe un manual de auditoría que establece los principios que rigen el desarrollo profesional de la actividad, dentro de los cuales figuran la independencia y objetividad.</p> <p>Adicionalmente, la Compañía cuenta con un Modelo de Prevención de Delitos, aprobado por Junta Directiva, que define las políticas de conflicto de interés, que son de cumplimiento por parte de todos los colaboradores e incluye un formulario para que declaren cualquier conflicto de interés y en el caso de los colaboradores de Auditoría Interna, si llegase a presentarse el caso debe reportarse formalmente al Director del área y la Gerencia General.</p>
80	<p>El Auditor Interno o quien haga sus veces es nombrado por la Junta Directiva u órgano equivalente.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. El Director de Auditoría Interna es nombrado por la Gerencia de Contraloría de Banmédica y la Gerencia General de Banmédica Colombia.</p>

81	<p>Tanto el Auditor Interno como su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, las aptitudes y las competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades. Cuentan con asesoría y asistencia competente para aquellas áreas especializadas respecto de las cuales él o su personal no cuentan con los conocimientos necesarios.</p> <p>El Auditor Interno cumple su trabajo con el cuidado y la pericia que se esperan de un especialista razonablemente prudente y competente.</p>	1	<p>El equipo de auditoría es profesional y cuenta con experiencia en este campo, entre los cuales se encuentra un auditor especialista en tecnología.</p> <p>Los miembros cuentan con especializaciones y formación académica en Aseguramiento y Control Interno, Normas Internacionales de auditoría, Protección de Datos Personales, Certificación en ISO 27001, Control Gerencial Corporativo, SOX. El equipo cuenta con experiencia certificada en auditoría en el sector.</p> <p>En caso de requerir apoyo en temas especializados se solicita asesoría a través de recurso interno disponible o consultoría.</p>
82	<p>El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad de contraloría interna a añadir valor y a garantizar que cumpla con las normas aplicables a esta actividad.</p> <p>Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad de contraloría interna, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.</p>	1	<p>El Director de Auditoría y el Jefe del Área efectúan seguimiento y supervisión permanente a la labor de cada uno de los auditores, de acuerdo con el plan de trabajo establecido, generando la retroalimentación correspondiente, con el fin de garantizar la calidad y cumplimiento de las actividades. En caso de incumplimientos significativos se deben informar a la Gerencia General y a la Contraloría de Banmédica, no obstante no se han presentado.</p> <p>También existe un programa de evaluación de desempeño institucional, mediante el cual se evidencia el cumplimiento de los estándares definidos a través de diferentes indicadores.</p>
83	<p>El Auditor Interno gestiona efectivamente la actividad que desarrolla para asegurar que su trabajo está generando valor agregado a la organización, para lo cual ejerce entre otras, las siguientes actividades:</p> <p>a) Plan anual: Establece anualmente, planes soportados en los objetivos de la entidad, de acuerdo a las mejores prácticas basadas en riesgos, 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.</p> <p>b) Requerimientos: Determina los requerimientos de recursos para el adecuado ejercicio de su labor y lo comunica al Representante Legal y a la Junta Directiva directamente o por conducto del Comité de Contraloría, para la adecuada revisión y aprobación. También comunica el impacto de cualquier limitación de recursos.</p> <p>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.</p> <p>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>	1	<p>a) El Director de Auditoría Interna realiza un plan anual de trabajo basado en factores de riesgo y de acuerdo con las metas y objetivos de la Compañía. Se efectúa priorización del universo de acuerdo con los niveles de ponderación previamente establecidos.</p> <p>Este plan es sometido a aprobación de la Contraloría de Banmédica.</p> <p>b) El desarrollo de las actividades de auditoría se lleva a cabo con el recurso humano y tecnológico disponible, en caso de requerimientos adicionales o limitación de recursos para auditar, se informa a la Gerencia General y a la Contraloría de Banmédica para su definición.</p> <p>c) Se cuenta con un manual que especifica las políticas que rigen la actividad de auditoría y los procedimientos que se deben seguir, desde la elaboración del plan hasta la ejecución del mismo, informe de resultados y seguimiento a la implementación de planes de mejora.</p> <p>d) La metodología que se maneja establece que todos los informes estén respaldados en papeles de trabajo y soportes que constituyen evidencia adecuada y suficiente.</p> <p>Basados en los informes de auditoría externa de casa matriz, revisoría fiscal y entidades de vigilancia y control, se establecen revisiones para evitar duplicidad de esfuerzos.</p>
84	<p>La actividad de contraloría interna evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la entidad, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado, que incluye por lo menos las siguientes funciones:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>c) Gobierno interno: La actividad de contraloría interna valora 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.</p> <p>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.</p> <p>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 SCl, incluyendo todos sus elementos. Dicho informe debe contener por lo menos lo siguiente:</p> <p>i. Identificación de los temas, procesos, áreas o materias objeto del examen, el periodo y criterios de evaluación y la responsabilidad sobre la información utilizada, precisando que la responsabilidad del Auditor Interno es señalar los hallazgos y recomendaciones sobre los Sistemas de Control Interno.</p> <p>ii. Especificación respecto a que las siguientes evaluaciones se realizaron de acuerdo con la regulación, las políticas definidas por la Junta Directiva u órgano equivalente y las mejores prácticas de contraloría sobre el particular: evaluación de la confiabilidad de los sistemas de información contable, financiera y administrativa; evaluación sobre el funcionamiento y confiabilidad del Sistema de Control Interno; evaluación de la calidad y adecuación de los sistemas establecidos para garantizar el cumplimiento con las leyes, regulaciones, políticas y procedimientos y evaluación de la calidad y adecuación de otros sistemas y procedimientos; análisis de la estructura organizacional y evaluación de la adecuación de los métodos y recursos en relación con su distribución.</p> <p>iii. Resultados de la evaluación realizada respecto a la existencia, funcionamiento, efectividad, eficacia, confiabilidad y razonabilidad de los Sistemas de Control Interno.</p> <p>iv. Información de la forma en que fueron obtenidas sus evidencias, indicando cuál fue el soporte técnico de sus</p>	1	<p>a) Auditoría Interna realiza evaluación a los procesos operativos relacionados con el área de salud como son: autorizaciones, contratación, auditoría médica, entrega de medicamentos, cuenta alto costo, programas de promoción y prevención, entre otros, con el fin de validar el cumplimiento de las políticas internas y normas legales.</p> <p>b) La Compañía cuenta con una Certificación de Control Interno con casa matriz, mediante la cual los dueños de los procesos validan la eficacia operativa de los controles claves asociados a los riesgos más críticos y certifican que estos funcionan como está definido. La certificación final es emitida por el Gerente General a la casa matriz.</p> <p>Anualmente el área de Auditoría Interna evalúa todo el proceso y hace pruebas para evidenciar la funcionalidad de los controles y emitir el respectivo informe.</p> <p>c) Dentro de la verificación del Proceso de Certificación de Control Interno, se incluye también la revisión de elementos relacionados con el gobierno de la Compañía como son: el Código de Ética, asignación de roles y responsabilidades, comunicaciones con Junta Directiva, entre otros.</p> <p>d) En el manual de auditoría se establece la metodología para hacer seguimiento a los planes de acción y por tanto el grupo auditor realiza seguimiento periódico para obtener las evidencias, analizar la viabilidad y aplicabilidad de las medidas adoptadas.</p> <p>La auditoría externa de casa matriz, adelanta las verificaciones respectivas y el seguimiento a los planes de acción de la auditoría anterior.</p> <p>e) Al cierre de cada año, el Director de Auditoría presenta su informe consolidado con la labor ejecutada y los resultados obtenidos, dentro del cual se incluye la Certificación de Control Interno. Este informe es remitido al Comité de Contraloría y la Gerencia de Contraloría de Banmédica.</p> <p>Los informes de auditoría se emiten bajo los parámetros de objetividad, calidad, claridad y oportunidad, establecidos en la manual de auditoría, identificando los temas y períodos objeto de examen, conclusiones soportadas en evidencia suficiente, limitaciones en el alcance, recomendaciones y resultados de los seguimientos.</p>

	<p>conclusiones.</p> <p>v. v. Indicación sobre las limitaciones encontradas para realizar sus evaluaciones, para tener acceso a información u otros eventos que puedan afectar el resultado de las pruebas realizadas y las conclusiones.</p> <p>vi. vi. Relación de las recomendaciones formuladas sobre deficiencias materiales detectadas, mencionando los criterios generales que se tuvieron en cuenta para determinar la importancia de las mismas.</p> <p>vii. vii. Resultados del seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en informes anteriores.</p> <p>Es de advertir que, si bien resulta viable que la administración de las entidades supervisadas contrate externamente la realización de las actividades propias de la auditoría o contraloría, en ningún caso ello implica el traslado de la responsabilidad sobre la auditoría misma. Es decir, que la administración de la entidad sólo entrega la ejecución de la labor más no la responsabilidad misma de la realización de la auditoría, la cual conserva siempre.</p> <p>En tal sentido, la administración de la entidad debe realizar el direccionamiento, administración y seguimiento de la actividad realizada por el tercero, sin delegar la toma de decisiones. Adicionalmente debe garantizarse el acceso permanente de la administración y del supervisor a la información de la auditoría y a los papeles de trabajo, el establecimiento de un plan de contingencias para que no cese la labor en caso de algún problema en la ejecución del contrato, y la independencia entre el Auditor Interno y Externo (si existe este último), teniendo en cuenta que las dos funciones mencionadas no pueden ser desarrolladas por la misma entidad o persona.</p>		
85	<p>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 EPS, se sigue lo previsto en el artículo 228 de la Ley 100 de 1993 o normas que lo modifiquen, sustituyan o eliminen.</p> <p>El Revisor Fiscal seleccionado, para poder cumplir con el criterio de independencia, garantiza que sus ingresos provenientes de la EPS, la EMP o el SAP no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>De otra parte, cuando la revisoría fiscal es una persona jurídica, la EPS, la EMP o el SAP establece su cambio a más tardar cada 5 años. Cuando es persona natural se cambia a más tardar cada tres años.</p>	1	<p>* La Revisoría Fiscal de la entidad evalúa el Sistema de Control Interno, incluido el Sistema de Administración de Riesgos, valida su existencia, las medidas establecidas, su alineación con los estatutos y las decisiones de la Asamblea de Accionistas, con base en su evaluación emite su concepto.</p> <p>* De igual manera los ingresos provenientes de la Entidad no superan el tres por ciento (3%) de sus ingresos totales.</p> <p>* La Entidad en efecto realiza el cambio de Revisor Fiscal mínimo cada 5 años, como se puede evidenciar en las firmas que han ejercido el cargo.</p>
85.1	<p>El diseño, desarrollo y aplicación de las políticas de gestión de los riesgos prioritarios, deberá comprender los procesos de auditoría por parte de la Revisoría Fiscal.</p> <p>Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, la Revisoría Fiscal deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva o quien haga sus veces, y al Representante Legal, del estricto cumplimiento a las disposiciones contenidas en la presente Circular, debiendo incluir el pronunciamiento expreso sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos dentro del dictamen que rinda respecto de los estados financieros.</p> <p>De conformidad con lo previsto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el Revisor Fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la entidad, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas.</p> <p>De igual forma, deberá poner en conocimiento del Comité de Riesgos y del Representante Legal, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos o la violación a los controles y límites establecidos.</p> <p>Finalmente, deberá rendir informes de manera oportuna y permanente sobre las irregularidades que en la aplicación de la presente Circular advierta en el ejercicio de sus funciones, cuando las mismas sean materiales, y sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Circular, y que le sean solicitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. En consecuencia, el Revisor Fiscal debe establecer las medidas necesarias que le permitan cumplir con lo señalado en este numeral.</p>	1	<p>Las responsabilidades concernientes a la Revisoría Fiscal se encuentran incluidas dentro del Manual de Gestión de Riesgos de los subsistemas de riesgo, dichas responsabilidades se encuentran enfocadas entre otras al incluir el pronunciamiento expreso sobre el Subsistema de Administración de Riesgos dentro del dictamen que rinda respecto de los estados financieros y poner en conocimiento del Comité de Riesgos y del Representante Legal, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos o la violación a los controles y límites establecidos.</p>
86	<p>En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad responsable del aseguramiento en 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>	1	<p>*De acuerdo con lo establecido en la Circular 008 de 2018 se realiza una Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, en la cual se desarrollan los contenidos sobre Prestación de servicios de salud, Contratación, Aspectos Financieros, Satisfacción de Usuarios. La presentación de dicha audiencia es publicada en la página Web de la Compañía, en el micrositio de Rendición de Cuentas, con 30 días de anticipación a la fecha de realización de la reunión. Así mismo, el acta correspondiente se carga en el portal de la SNS disponible para el efecto al igual que los resultados de los indicadores.</p> <p>* Una vez al año se realiza una rendición de cuentas en salud en la que se presenta los indicadores y resultados de los programas en salud y de interés en salud pública. (Res. 1536 de 2015)</p> <p>* Se realizan una audiencia semestralmente (2 en el año) en la que se presentan los indicadores y resultados de programas en salud de interés en salud pública y de resultados.</p>
87	<p>Los compromisos adquiridos por las entidades responsables del aseguramiento en salud y la comunidad a través de las Asociaciones, Ligas o Alianzas de Usuarios, están regulados por los principios de concertación y de amigable composición y en ningún momento se emplean para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.</p>	1	<p>De conformidad con las normas de participación ciudadana, la EPS permanentemente interactúa y apoya a la Asociación de Usuarios de la entidad, garantizando la participación social sin afectar el normal desarrollo de la atención en salud. Adicionalmente, en nuestra página Web se publican contenidos de interés para el grupo mencionado anteriormente.</p>

88	<p>La EPS realiza convocatorias dirigidas a los Alcaldes y Secretarios de Salud de los municipios donde se tienen las principales sedes de la entidad y para ello sigue, como mínimo, los siguientes lineamientos:</p> <p>a) Se realiza al menos una (1) al año en los departamentos donde se tienen las principales sedes de la entidad.</p> <p>b) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud y de riesgo financiero, así como del sistema de atención al usuario.</p> <p>c) Se presenta el perfil de riesgo, estado de salud y satisfacción con el servicio de la población afiliada al territorio de interés.</p> <p>d) Se envía con anticipación a cada uno la información desagregada para su respectiva jurisdicción.</p> <p>e) A cada reunión asiste, al menos, un director de la junta directiva, preferiblemente diferente en cada ocasión. Aquel director preside la reunión.</p> <p>Esta medida aplica únicamente para las Entidades Promotoras de Salud y las Cajas de Compensación Familiar que operan programas de EPS.</p>	1	<p>Aliansalud EPS cuenta con población solamente en la ciudad de Bogotá, en donde dada la complejidad de la ciudad, es el ente territorial el que convoca a las EAPB, en cabeza de la Secretaría de Salud; se realizan convocatorias en todos los niveles: de salud pública, participación social, prestación de servicios, suficiencia de red, atención de poblaciones vulnerables, etc, a las cuales Aliansalud EPS acude en debida forma. Igualmente se atienden todas las visitas de los entes reguladores y de la Secretaría Distrital de Salud en donde se evalúan todos los aspectos de aseguramiento.</p> <p>*La EPS participa en las convocatorias de la Secretaría de Salud de Bogotá en mesas de trabajo para EAPB y también individuales así como las asistencias técnicas también individuales en donde se presentan los indicadores sanitarios de cada uno de los temas de interés y priorizados para la ciudad con el análisis detallado y segmentado en el grado en que se solicita. Estas mesas de trabajo de las cuales quedan actas formales, incluyen el tema de la armonización de la caracterización poblacional en concordancia con las prioridades locales, en este se incluye el perfil de la población y la priorización de acciones en salud.</p>
89	<p>La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con los Secretarios de Salud sobre:</p> <p>a) Coordinación de actividades de salud pública.</p> <p>b) Acceso de los afiliados a los servicios de salud y calidad de los mismos.</p> <p>c) Sistema de atención al usuario.</p> <p>d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.</p> <p>Esta medida aplica únicamente para las Entidades Promotoras de Salud y las Cajas de Compensación Familiar que operan programas de EPS.</p>	0	<p>* La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. Sin embargo se aclara que:</p> <p>* Las convocatorias son realizadas por los entes territoriales, en cabeza de las secretarías de salud; en el caso de ALIANSALUD EPS, que presta sus servicios solo en Bogotá, se acude a las convocatorias de todos los niveles de salud pública, prestación de servicios, suficiencia de red, atención de poblaciones vulnerables, etc.</p> <p>* La Secretaría de Salud de Bogotá realiza auditorías presenciales, cada año, sobre el desarrollo de la administración y prestación de servicios de salud de la EPS, sin tener hallazgos en los últimos años.</p>
90	<p>La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en salud pública, en sistemas de salud, actuarios e investigadores en epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:</p> <p>a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud y de riesgo financiero, así como las mediciones o evaluaciones del impacto de sus programas de salud.</p> <p>b) A esta reunión asisten los miembros de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta presidirá la reunión.</p>	0	<p>* La medida no se ha adoptado, puesto que no está regulada en la normatividad.</p>
91	<p>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>	1	<p>La entidad cumple con todos los requerimientos periódicos y excepcionales que le realiza la SNS.</p>
92	<p>La entidad tiene un documento, aprobado por acta de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica para conformar la red de prestadores en las zonas donde opera. El documento considera los diferentes tipos de prestadores y de atención en salud e incluye consideraciones cuantitativas, y también cualitativas siempre que estén basadas en criterios objetivos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <p>* Se cuenta con el proceso documentado de "Evaluación, aprobación, contratación y creación de prestadores médicos" que incluye el análisis de suficiencia de red.</p> <p>* A partir de este análisis y de las necesidades de contratación en salud, técnicas y comerciales, se procede a realizar la contratación de la red de prestadores; adicionalmente se incluye el cumplimiento de la habilitación y la validación de calidad por parte de la Compañía.</p> <p>* Adicionalmente Aliansalud cuenta con la constancia de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud emitida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, plaza en que está autorizada Aliansalud para operar.</p>
93	<p>La entidad tiene un documento, aprobado por la Junta Directiva, que especifica los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados y la forma como los aplica</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <p>* ALIANSALUD EPS, tiene un proceso documentado de auditoría para los prestadores contratados, tanto ambulatorios como hospitalarios, basado en criterios contenidos en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud, y que comprende los procesos de habilitación, calidad, pertinencia, racionalidad e indicadores de resultados en salud, así como la evaluación del riesgo en salud</p>
94	<p>Los prestadores pueden conocer el resultado de sus respectivas evaluaciones. Los resultados tienen en cuenta la suficiencia de información médica aportada por el prestador.</p>	1	<p>Los prestadores conocen los resultados de sus evaluaciones pues conjuntamente con ellos se realiza un análisis de los mismos y s</p>
95	<p>La entidad tiene un documento, aprobado por la Junta Directiva, que especifica los criterios con los cuales administra la liquidez y los plazos de pagos a los proveedores (incluyendo los Prestadores). En caso de que la entidad haga parte de un Grupo Empresarial, no existe discriminación en contra de proveedores externos al Grupo Empresarial respecto de los plazos de pago. Adicionalmente, la revisoría fiscal se pronuncia ante la Asamblea General respecto del cumplimiento de esta política.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, no obstante, sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <p>* Los criterios para administrar la liquidez y plazo de pagos a proveedores no son definidos por Junta Directiva sin embargo están establecidos en otras instancias al interior de la Entidad, como son contratos y fichas técnicas con los prestadores y proveedores, que son elaborados atendiendo la normatividad aplicable del SGSSS, no existiendo en ningún caso discriminación con proveedores.</p> <p>* La Entidad cuenta con política de inversiones para la administración de los excedentes de liquidez.</p> <p>* Aliansalud no hace parte de un grupo empresarial.</p>

96	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.	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No existe política de compras aprobada por la Junta Directiva, sin embargo la Entidad tiene un manual de compras debidamente oficializado, aprobado por el Comité de compras, en el cual se determina que toda compra debe canalizarse a través del área de compras, así mismo se define en cada caso, cuántas cotizaciones se solicitan o en que casos se aceptan que sean únicas, por otra parte esta normatizada la cascada de aprobación por los diferentes niveles jerárquicos de la compañía * Todas las solicitudes y respectivas aprobaciones quedan registradas en un aplicativo denominada "MIS SOLICITUDES" garantizando la trazabilidad del proceso de compras, de conformidad con las facultades estatutarias del Representante Legal y de la Junta Directiva. * Adicionalmente las facturas que respaldan el proceso de compras también son aprobadas por el aplicativo DOCUMENTE.
97	<p>La entidad establece procesos abiertos y competitivos para:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La adquisición de los medicamentos ambulatorios e insumos. b) La dispensación de los medicamentos ambulatorios e insumos. c) La negociación de precios de los medicamentos hospitalarios e insumos en los casos en que sea pertinente. <p>La Junta Directiva es la encargada de aprobar los términos de estos procesos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se cuenta con el proceso documentado de "Invitación a ofertar" que incluye procesos abiertos y competitivos para la adquisición, dispensación y negociación de precios de medicamentos e insumos ambulatorios.
98	<p>La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identificación del área 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 afiliados, las autoridades, los aportantes 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 la Base de Datos Única de Afiliados del FOSYGA (BDUA), Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Suficiencia de UPC, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia. f) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada. g) Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente. 	1	<p>La Compañía en efecto cuenta con una Política de Transparencia y Revelación de Información, debidamente aprobada por la Junta Directiva.</p> <p>Por otra parte, frente a este tema el Código de Ética y Buen Gobierno establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> *EN CUANTO AL MANEJO DE LA INFORMACIÓN: Transparencia, honestidad y responsabilidad son las pautas orientadoras de la gestión de la Entidad y sus colaboradores en lo que tiene que ver con el manejo de la información. * Se reconoce el derecho de los Accionistas a: La información oportuna sobre la operación y resultados de la Compañía; la obtención de información y el acceso a documentos que permitan la adecuada sustentación para la toma de decisiones. * En su condición, los Accionistas se comprometen en particular a: ... Ser especialmente celosos en el manejo adecuado de la información y en el respeto a la reserva en lo que correspondiere. * El Gerente General mantendrá disponible la información y documentos que requieran los órganos de la Compañía y les reportará, incluida la Revisoría Fiscal, toda circunstancia que pudiere afectar de alguna forma a la Compañía. * En particular aplicarán los altos colaboradores los siguientes compromisos de gestión: No podrán hacer uso privado de información no pública de la Compañía. * El Revisor Fiscal... En toda circunstancia se abstendrá de utilizar la información que conozca para fines ajenos al cumplimiento de su misión... * La información comercial y financiera, así como la relacionada con los usuarios y sus condiciones de salud, se ampara en la reserva y será manejada con criterios de confidencialidad y especial cuidado. Así mismo será reservada toda información que ostente la condición de secreto industrial. * Los miembros de los órganos de dirección y administración se abstendrán de ocultar, distraer o desviar información de la Compañía,... * La Compañía a través de su Junta Directiva adoptará las medidas que estime oportunas para facilitar el debido conocimiento de hallazgos de auditoría o Revisoría Fiscal por parte de los Accionistas, así como las políticas que se adopten en materia de divulgación de respuestas a peticiones de Accionistas o inversionistas – en particular aquellas que puedan poner en posición de ventaja al destinatario-, y negociaciones con la Compañía en que intervengan de alguna manera altos colaboradores o miembros de Junta. * ALIANSALUD EPS S.A. propenderá y ejecutará una política de competencia leal al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud... Se abstendrá de hacer uso de información inadecuada o que tenga carácter de reservado para ellas (las empresas competidoras) y que llegue a su conocimiento,... * Los colaboradores de la Entidad... darán a los usuarios la información adecuada, garantizándole su derecho a conocer la información pertinente...
99	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, Suficiencia de UPC, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, puesto que no está regulada en la normatividad. No obstante sobre el particular se manifiesta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La entidad no establece procedimientos para que tanto Auditoría o Revisoría fiscal realicen revisión de manera individual, de todos los reportes generados por la compañía con información de salud. No obstante Revisoría Fiscal establece sus propios protocolos de revisión y planeación dentro de su alcance y su independencia. Revisoría Fiscal establece sus propios protocolos de revisión y planeación dentro de su alcance y su independencia. * Particularmente genera revisión específicamente sobre los reportes solicitados por entes de control, que exigen firma digital o física sobre los mismos por parte de la Revisoría Fiscal tales como: <p>Circular Única:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se validan los archivos a reportar que cumplan con los parámetros técnicos del requerimiento -Revisoría Fiscal realiza revisión sobre formatos específicos de información financiera tales como son archivos cuyo nombre corresponde a FT, FP - GT entre otros. - Se remite los archivos solicitados con firma del Representante legal y Revisoría Fiscal

100	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> • Información de la entidad <p>La página web cuenta con una sección “acerca de la entidad” que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los miembros o propietarios <p>La página web cuenta con una sección “acerca de los miembros o propietarios” donde:</p> <p>a) Las sociedades comerciales explican quiénes son sus propietarios, señalando los que tengan al menos el 5% de la propiedad, y sus respectivas participaciones.</p> <p>b) Las cooperativas y mutuales indican el número de miembros, discriminando las personas naturales y jurídicas. Explican el perfil de las personas naturales afiliadas (estadísticas sobre profesiones u ocupaciones, departamentos o ciudades de residencia, u otros datos que se consideran pertinentes). E identifican las personas jurídicas afiliadas.</p> <p>c) Las cajas de compensación familiar indican el número de empresas afiliadas y su perfil (por tamaño y sector económico). E identifican los 10 empleadores más grandes afiliados a la respectiva caja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre la administración <p>La entidad identifica en su página web a los miembros de la Junta Directiva (u órgano equivalente), y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen o han pertenecido a otras Juntas Directivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los órganos de control <p>La EPS, la EMP o el SAP identifica en su página web la entidad o la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica asimismo las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los afiliados <p>Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.</p>	1	<p>La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de la institución la cual incluye los siguientes enlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información de la entidad: <p>La página Web cuenta con una sección “acerca de Aliansalud” que incluye: historia, Modelo de Prevención de Delitos, Canal de denuncias, Accionistas, Junta Directiva, Representantes Legales, Auditoría interna, Revisores Fiscales, Comités de Gestión, Estructura Organizacional, Código de Ética y Buen Gobierno, Estados Financieros, Informes Audiencias Públicas Rendición de Cuentas, Misión y Visión, Modelo Prevención de Delitos, Protección de Datos Personales, Dirección de notificación judicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los miembros o propietarios y administración: <p>Accionistas, Junta Directiva, Representantes Legales, Auditoría interna, Revisores Fiscales, Comités de Gestión, Estructura Organizacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los afiliados: <p>La cantidad de afiliados, la pirámide poblacional y los índices demográficos se encuentran publicados en el Micrositio de Rendición de Cuentas.</p>
101	<p>La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:</p> <p>a) Red de servicios contratada y su cobertura geográfica.</p> <p>b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados.</p> <p>c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud.</p> <p>d) Actividades de promoción y prevención de la salud.</p>	1	<p>La página web de la EPS cuenta con las secciones que se mencionan a continuación, en donde se encuentra la información referida en la medida: red de prestadores, indicadores de calidad, micrositio de rendición de cuentas, noticias y gestión del riesgo en salud.</p>
102	<p>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>	0	<p>La página web de Aliansalud incluye información financiera anual, la cual se encuentra en la sección Acerca de Aliansalud EPS. A su vez, en el micrositio de Rendición de Cuentas, se encuentra la presentación con la información financiera, información administrativa y de gestión en salud del año inmediatamente anterior. Los resultados financieros son los reportados a la Superintendencia Nacional de Salud anualmente.</p>
103	<p>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.</p> <p>Para las EPS, las EMP y los SAP 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 asegurador.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo se aclara que el 31 de mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Gobierno Organizacional y su reglamento, entrando en funcionamiento el 1 de junio de 2018, de conformidad con el Decreto 682 de 2018.</p> <p>* Como se observa en el Reglamento interno del Comité de Gobierno Organizacional dentro de sus funciones se encuentra la de "c) Apoyar la evaluación anual del desempeño por parte de la Junta Directiva, de los órganos de gestión y control interno"; es así como dicho comité preparará un informe anual dirigido a la Junta Directiva, sobre las actividades significativas que realizó en el respectivo ejercicio, cuyos soportes están contenidos en las actas correspondientes, las cuales están a disposición del citado órgano de administración.</p>

104	<p>La estructura del Informe Anual de Gobierno Organizacional de la entidad está alineada con el siguiente esquema:</p> <p>Estructura de la propiedad de la entidad o Grupo Empresarial.</p> <p>a) Capital y estructura de la propiedad de la entidad.</p> <p>b) Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten con participaciones significativas (participaciones mayores o iguales al 5%), directas e indirectas.</p> <p>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.</p> <p>d) Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí.</p> <p>e) Negociaciones que los Directores de la Junta Directiva, la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad.</p> <p>f) Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento.</p> <p>g) Acciones propias en poder de la entidad.</p> <p>Estructura de la administración de la entidad o Grupo Empresarial.</p> <p>a) Composición de la Junta Directiva e identificación del origen o procedencia de cada uno de los miembros y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores.</p> <p>b) Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva.</p> <p>c) Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio.</p> <p>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).</p> <p>e) Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta.</p> <p>f) Proceso de nombramiento de los Directores.</p> <p>g) Política de remuneración de la Junta Directiva.</p> <p>h) Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia.</p> <p>i) Quórum de la Junta Directiva.</p> <p>j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités.</p> <p>k) Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves).</p> <p>l) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves).</p> <p>m) Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agencias de calificación.</p> <p>n) Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva.</p> <p>o) Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva.</p> <p>p) Actividades de los Comités de la Junta Directiva.</p> <p>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>Operaciones con partes vinculadas</p> <p>a) Atribuciones de la Junta Directiva sobre este tipo de operaciones y situaciones de conflictos de interés.</p> <p>b) Revelación de información sobre propiedad indirecta, es decir, la revelación de las diferentes capas de propiedad indirecta y control indirecto, con el fin de identificar Partes Vinculadas que no son evidentes en los propietarios directos o en los miembros del Máximo Órgano Social.</p> <p>c) Detalle de las operaciones con Partes Vinculadas más relevantes a juicio de la entidad, incluidas las operaciones entre entidades del Grupo Empresarial.</p> <p>d) Conflictos de interés presentados y actuación de los Directores de la Junta Directiva.</p> <p>e) Mecanismos para resolver conflictos de interés entre entidades del mismo Grupo Empresarial y su aplicación durante el ejercicio.</p> <p>Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial</p> <p>a) Explicación del Sistema de Control Interno de la entidad o Grupo Empresarial y sus modificaciones durante el ejercicio.</p> <p>b) Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio.</p> <p>c) Materialización de riesgos durante el ejercicio.</p> <p>d) Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos.</p>	0	<p>La medida no se ha adoptado de la manera descrita, el informe rendido por el Comité de Gobierno Organizacional hace referencia a la totalidad de gestiones relevantes adelantadas durante la vigencia, cuyas constancias reposan en las actas correspondientes, debidamente asentadas en el libro de Actas de Comité de Gobierno Organizacional, que se encuentran a disposición de la Junta Directiva.</p>
105	<p>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>	1	<p>El dictamen del periodo es presentado anualmente por el Revisor Fiscal a la Junta Directiva y a la Asamblea de Accionistas sin excepción. A la fecha no ha existido dictamen con salvedades. *El pasado 31 mayo de 2018 se aprobó la conformación del Comité de Contraloría y su reglamento, entrando en funcionamiento el 1 de junio de 2018, de conformidad con el Decreto 682 de 2018.</p>
106	<p>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>	1	<p>La compañía revela en el informe de partes vinculadas, todas las operaciones realizadas entre estas.</p>

107	En el caso de Grupos Empresariales, la revelación de información a terceros es integral y transversal, referente al conjunto de empresas, que permita a los terceros externos formarse una opinión fundada sobre la realidad, organización, complejidad, actividad, tamaño y modelo de gobierno del Grupo Empresarial.	N	Aliansalud EPS no hace parte de un grupo empresarial, existe una situación de control por parte de BANMÉDICA S.A., que se encuentra debidamente registrada ante la Cámara de Comercio.
108	La entidad 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 lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno, todo empleado de una EPS, una EMP o un SAP, debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones.	1	La compañía tiene implementados, socializados y formalizados principios y valores relacionados con los lineamientos de conducta que orientan su actividad, la de sus Accionistas, sus órganos de dirección y todos sus empleados, a través de los siguientes documentos: * Código de Ética y Buen Gobierno * Manual Anticorrupción * Manual Modelo de Prevención de Delitos * Manual Sarlaft
109	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 anticorrupción 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.	1	El código de ética y buen gobierno de la compañía describe: *La naturaleza y orientación entrategica de la organización *Directrices de comportamiento con los diferentes grupos de interes (Colaboradores, los relacionados, comunidad, competencia, entre otros) *Los valor y principios de la compañía *Forma de divulgación y conocimiento *Creación del oficial de ética y comité de ética El Modelo de Prevención de Delitos describe la política Anticorrupción y agrega el Manual Anticorrupción, el cual, es un elemento esencial para la identificación de los riesgos de corrupción y elaboración conjunta de mecanismos para la prevención.
110	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.	1	El código de ética y buen gobierno describe cada uno de los puntos requeridos en la medida (a,b,c,d), así: Directrices y pautas de comportamiento en cuanto al menjo de información, manjeno de los bienes, frente al estado y las autoridades públicas. El Modelo de Prevención de Delitos adoptó el Canal de Denuncias y desarrolla un procedimiento de denuncias como complemento, mediante el cual se busca promover e incentivar una conducta ajustada a los principios y valores éticos declarados, dentro de la comunidad de directivos, colaboradores, accionistas, usuarios, prestadores, proveedores y terceros en general. Además, uno de los elementos es la adopción de clausulas de confidencialidad y del MPD para que los terceros se comprometan a conocerlo y consultarlo.