

Reporte Circular 003 de 2018 - Año 2023
Administradora Country S.A.S.

| No. Medida | Medida | Respuesta de Medida 1:Si, 0:No, N: No aplica |
|------------|---|--|
| 1 | En los Estatutos Sociales y en el reglamento interno de la asamblea de accionistas se definen los derechos y obligaciones de los Accionistas. Y en el Código de Buen Gobierno se consagra lo siguiente: "Los accionistas ejercerán sus derechos legales y estatutarios con el apoyo de los diferentes órganos y funcionarios de la Sociedad. Se garantizarán en todo momento los derechos de los accionistas minoritarios". | 1 |
| 2 | Los Accionistas tienen acceso permanente a la información de la sociedad y comunicación directa con las áreas administrativas y operativas de la misma y adicionalmente, se efectúan periódicamente reuniones a las cuales asisten los representantes de los accionistas. | 1 |
| 3 | La Asamblea en junio de 2020 aprobó su propio reglamento interno de conformidad con lo dispuesto en los estatutos sociales y en la Circular 003/2018. En él que se abarcan asuntos de convocatoria, celebración, derechos tipos de reuniones, entre otros. | 1 |
| 4 | Los Accionistas tienen acceso permanente de la información de la sociedad y comunicación directa con cada una de las áreas de la misma. Así mismo, en las convocatorias a las asambleas se les informa a los accionistas que los libros y papeles de comercio están a su disposición, para el ejercicio de su derecho a inspección de acuerdo a lo previsto en la Ley y los Estatutos Sociales. | 1 |
| 5 | En las convocatorias se incluyen siempre los literales A al D de la medida. La evaluación de los candidatos de la Junta es efectuada directamente por los accionistas, previa a su postulación. | 1 |
| 6 | En las convocatorias y en las actas de reunión se define el orden del día en una secuencia lógica. | 1 |
| 7 | En los Estatutos Sociales se establecen como funciones de la Asamblea General de Accionistas los asuntos aplicables. | 1 |
| 8 | Junto con la convocatoria, los Accionistas reciben el documento para poder ser representados en la celebración de la reunión, en caso de que lo requieran. | 1 |
| 9 | Junto con la convocatoria los Accionistas reciben el documento para poder ser representados en la celebración de la reunión, así como también el instructivo de voto, en caso de que lo requieran. | 1 |
| 10 | En el reglamento de accionistas se establece que la convocatoria deberá enviarse a los miembros principales de la junta directiva, al gerente general y presidentes de los comités que se constituyan. | 1 |
| 11 | Se tienen contempladas las funciones de la asamblea en los estatutos de la compañía. | 1 |
| 12 | El 29 de diciembre de 2021 se hizo la inscripción que se evidencia en el Certificado de Existencia y Representación Legal. | 1 |
| 13 | Cada una de las sociedades de grupo empresarial cuenta con los 3 niveles de gobierno órganos y posiciones individuales clave. Frente a su relacionamiento, se cuenta con el informe de grupo empresarial, presentado en las Asambleas de Accionistas de cada sociedad. | 1 |
| 14 | Si bien es cierto se constituyó Grupo Empresarial, la implementación de esta medida se encuentra bajo estudio | 0 |
| 15 | En los Estatutos Sociales, en Reglamento Interno de Accionistas y Código de Buen Gobierno se establece los mecanismos de resolución de controversias, entre ellos, el arbitraje. | 1 |
| 16 | No aplica. | N |
| 17 | La entidad tiene implementado en los estatutos las responsabilidades señaladas en la medida que aplican. | 1 |
| 18 | La Junta Directiva revisa periódicamente los estatutos y aprueba las políticas de la Compañía. La mayoría de las políticas descritas en la medida ya se encuentran aprobadas e implementadas y el asunto relacionado con el literal d) política de orientación formal que deben recibir los miembros de la Junta Directiva, se encuentra documentado a través de un instructivo. | 1 |
| 18 | La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las clínicas Country y Colina, se tienen aprobadas las políticas en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de las Clínicas y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad, la metodología y el sistema integrado de gestión de riesgos "SIGER" y se cuenta con la segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas. | 0 |
| 19 | La entidad tiene tres miembros principales y suplentes. | 1 |
| 20 | Junta Directiva es elegida por la Asamblea General de Accionistas, quien adopta los requisitos internos que considera. | 1 |

| | | |
|----|--|---|
| 21 | Se cuenta con un instructivo para la formalización del nombramiento de los miembros de la Junta Directiva, en el que se incluye el diligenciamiento de la carta de aceptación por los nuevos miembros, así como aspectos reacionados con inducción, reinducción, entre otros asuntos. Los miembros de la Junta Directiva no tienen remuneración por este rol. | 1 |
| 22 | No se tienen miembros independientes, estos son nombrados directamente por los accionistas teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento. | 0 |
| 23 | No se tienen miembros independientes, estos son nombrados directamente por los accionistas teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento. | 0 |
| 24 | No hay directores ejecutivos que sean Directores de la Junta Directiva. | 1 |
| 25 | No se tiene Reglamento de Junta Directiva. Sin embargo en el Código de Buen Gobierno se prevé que los órganos de administración y dirección actuarán bajo los postulados de independencia. | 0 |
| 26 | No se tienen miembros de Junta Directiva independientes. | 0 |
| 27 | No se tiene establecido un comité de gobierno organizacional. | 0 |
| 28 | No se cumple la medida como esta planteada, sin embargo, se hacen las validaciones de carácter legal de inhabilidades e incompatibilidades. | 0 |
| 29 | No se tiene un comité de gobierno organizacional, la Junta Directiva y la Administración preparan la información a presentar a la Asamblea General de Accionistas. | 0 |
| 30 | No hay reglamento oficial para la Junta Directiva. En los estatutos se establecen responsabilidades y funciones. | 0 |
| 31 | Se cuenta con el instructivo en el que se incluyó la suscripción de una Declaración - Carta de Aceptación, referente a temas de confidencialidad, obrar en interés de la compañía, entre otros, que es firmado por los miembros de la Junta Directiva. | 1 |
| 32 | No hay reglamento oficial para la Junta Directiva, sin embargo en los estatutos se establecen responsabilidades y funciones. | 0 |
| 33 | Anualmente se elige el presidente de la Junta Directiva y dentro de sus funciones se encuentra validar el plan de trabajo de la Junta y velar porque los miembros reciban la documentación con la antelación suficiente. | 1 |
| 34 | Por estatutos la Junta Directiva debe sesionar trimestralmente. Sin embargo, durante el periodo 2023 se han efectuado juntas mensuales, cuya citación ha sido compartida anticipadamente con los miembros de la Junta. | 1 |
| 35 | Anualmente se elige el presidente de la Junta Directiva y dentro de sus funciones se encuentra validar el plan de trabajo de la Junta y velar porque los miembros reciban la documentación con la antelación suficiente. | 1 |
| 36 | Se ha trabajado en un modelo de evaluación anual, el cual no se ha implementado en su totalidad. | 0 |
| 37 | La Junta Directiva está comprometida con la acreditación de la Clínica y la instauración de altos estándares de calidad y referenciación. | 1 |
| 38 | Conforme al Reglamento de Comités de la entidad, la Junta Directiva puede crear comités regulatorios e institucionales, sin embargo y aunque se encuentran creados los comités de Contraloría y Riesgos, la medida no se cumple pues no se cuenta con la participación de directores independientes en ellos. | 0 |
| 39 | Los comités creados se adhieren a las recomendaciones establecidas en el Reglamento de Comités y a las buenas prácticas recomendadas en esta medida, donde se solicita generar la planeación de actividades anuales y se documente la gestión en actas, sin embargo la medida no se cumple en su totalidad, pues a la fecha no se encuentran creados la totalidad de comités relacionados en la presente circular. | 0 |
| 40 | El nombramiento de los miembros del comité de conducta se delegó al Comité de Gerencia y no se cuenta con los demás comités establecidos en la norma. | 0 |
| 41 | No se tienen Comités establecidos conforme esta descrito en la medida. | 0 |
| 42 | No se tienen Comités establecidos conforme esta descrito en la medida. | 0 |
| 43 | Existe un comité de Mejoramiento Institucional ratificado por la Junta Directiva, encargado de analizar la evaluación de la calidad del tratamiento de salud recibido por los pacientes acorde a la medida. | 1 |
| 44 | Aunque el Comité de Contraloría Interna fue conformado en mayo/2023 por parte de la Gerencia General, no se cumple al 100% con los lineamientos de la medida al no participar miembros de junta directiva. | 0 |

| | | |
|----|--|---|
| 45 | Las funciones del Comité se encuentran detalladas en el Acta de Conformación del Comité, sin embargo no se cumple porque el Comité de Contraloría Interna no cuenta con la participación de un miembro de Junta Directiva | 0 |
| 46 | En la conformación del Comité de Contraloría, no contamos con la participación de Directores independientes | 0 |
| 47 | No se cuenta con un comité de Gobierno Organizacional como se establece en la medida, sin embargo se ha creado un Equipo Primario de Gobierno Corporativo, el cual se encuentra conformado por los representantes del área jurídica, Cumplimiento, Auditoría Interna, Riesgos y Control y Gestión de procesos, para iniciar esta buena práctica | 0 |
| 48 | No se cuenta con un comité de Gobierno Organizacional, por lo que estas funciones no están asignadas a un ente específico. | 0 |
| 49 | La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las Clínicas se tiene definida una política del sistema integrado de gestión del riesgo, donde las diferentes gerencias muestran su compromiso con la gestión de la calidad y del control y formula los objetivos con los cuales se gestionarán integral y gradualmente los riesgos mediante la convergencia de distintos modelos de gestión del riesgo, bien sea de carácter voluntario u obligatorio ordenados por el marco normativo legal aplicable a las Clínicas. | 0 |
| 50 | Considerando lo citado en la respuesta de la medida 49, se aclara además que lo relacionado en la medida es desarrollado por otras áreas y en varios comités que sesionan mensualmente. Adicional en las Clínicas se cuenta con las siguientes políticas: Gestión de Riesgos, Política de los Subsistemas de riesgos Operacional, Salud, Financieros, Grupo, Actuarial debidamente aprobadas por la Junta Directiva. Código de Buen Gobierno, Modelo de Prevención, Código de Conducta, Manual de Sarlaft, Política SARLAFT, Política de Seguridad de la Información, Política Anticorrupción, Política de Relación con Funcionario Público, Política de Debida Diligencia, Política de Conflicto de Interés, Política de Donaciones a Campañas y Partidos Políticos, Política de Puerta Giratoria, Política de Confidencialidad y Política de No Represalias. | 0 |
| 50 | La medida no se ha adoptado de la manera descrita, sin embargo en las Clínicas se tiene definida una política del sistema integrado de gestión del riesgo, donde las diferentes gerencias muestran su compromiso con la gestión de la calidad y del control y formula los objetivos con los cuales se gestionarán integral y gradualmente los riesgos mediante la convergencia de distintos modelos de gestión del riesgo, bien sea de carácter voluntario u obligatorio ordenados por el marco normativo legal aplicable a las Clínicas. | 0 |
| 51 | La Junta Directiva aprobó el Código de Conducta, el cual establece un Comité de Conducta, el cual se conforma por un número impar de miembros, conforme a lo descrito en la medida | 1 |
| 52 | La Compañía cuenta con un Comité de Conducta, establecido en el Código de Conducta que tiene a cargo las funciones enunciadas por la medida, estas mismas se encuentran descritas dentro del Código. | 1 |
| 53 | Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Este se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmedica Colombia. | 1 |
| 54 | Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Este se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia. | 1 |
| 55 | Dentro de las funciones del Comité de Conducta se encuentra la de apoyar la divulgación de manera constante, completa y precisa de los lineamientos de la Política Anticorrupción, descrita en el Modelo de Prevención, el cual también contempla mecanismos para mitigar los riesgos de fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Este se encuentra bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento Banmédica Colombia. El Modelo de Prevención responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes. | 1 |
| 56 | El Modelo de Prevención responde a los distintos requerimientos normativos emitidos por los organismos competentes. | 1 |
| 57 | La entidad tiene establecida la estructura del sistema de control interno que se encuentra operando, de acuerdo a los requerimientos de la medida. | 1 |
| 58 | La institución asegura un ambiente de control a través de la implementación de los valores institucionales en su cultura organizacional y la coherencia de los principios institucionales con los atributos de calidad. | 1 |

| | | |
|----|---|---|
| 59 | <p>La medida se tiene implementada. La administración de riesgos en las Clínicas se efectúa bajo el modelo ISO31000. La identificación clasificación priorización medición y control de los riesgos operativos y de Sarlaft se realiza a través de matrices de riesgo construidas sobre la base de la experiencia y el conocimiento de cada dueño de proceso. El riesgo en salud se maneja de acuerdo con los lineamientos de Supersalud, para la identificación de las amenazas, priorización de su valoración, medición de impacto, frecuencia y medidas de control. Se aplica metodología para la medición y evaluación de los riesgos con criterios estándar para el análisis y determinación del impacto y la probabilidad de ocurrencia obteniéndose el nivel de riesgo inherente y residual. Las matrices contienen los controles establecidos por el dueño de proceso para mitigarlos y periódicamente desarrollan procesos de autocontrol mediante los cuales revisan el diseño y eficacia operativa de dichos controles permitiendo detectar y corregir fallas o inconsistencias.</p> | 1 |
| 60 | <p>Se cuentan con procedimientos y documentos que dan por cumplida la medida:</p> <p>A) Existen comités financieros y comités médicos para reportar cualquier desviación tanto financiera como salud para realizar la oportunidad de mejora. Adicional a esto, los temas materiales son llevados a Junta Directiva.</p> <p>B) TEC-MAN-01 Manual de gerencia de información el cual contiene los lineamientos para los ítems: continuidad y Operación adecuada de la tecnología, Administración de la Tecnología de Información, su infraestructura; Adquisición de tecnología, la administración de Seguridad y el Desarrollo y mantenimiento de software. Y la política de gestión de la tecnología APO-POL-01.</p> <p>C) Se cuenta con el procedimiento APL-PRC-02 mantenimiento de aplicativos de TI, que contiene todas las fases de desarrollo y mantenimiento de aplicativos para garantizar el adecuado manejo de los datos, su carga y procesamiento. Por otro lado, cuenta con el procedimiento para la gestión de cambios en producción el cual responde al nombre: STI-PRC-02 Procedimiento Gestión de Cambios TI.</p> <p>D) El proceso en CDC es meramente humano debido a la no disponibilidad de recursos tecnológicos de control de accesos. Cada servicio de vigilancia cuenta con funciones específicas y se realiza seguimiento mensual en reuniones con el proveedor de seguridad.</p> <p>E) Se cuenta con segregación de funciones estipuladas en los manuales de funciones de los colaboradores y la distribución jerárquica que existe en la clínica.</p> <p>F) Se celebran acuerdos de confidencialidad con terceros y colaboradores. Además, en los contratos de trabajo se disponen cláusulas, asociadas a nuestra política de confidencialidad.</p> <p>G) H) la difusión de control está en desarrollo por parte del área de control y gestión de procesos, sin embargo, el área de auditoría realiza procesos de control aleatorio en el proyecto SOX y auditorías basadas en riesgos.</p> | 1 |
| 61 | <p>La política de Seguridad de la Información y sus estándares anexos mantienen los controles de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de cada uno de los activos y los datos. Las medidas de Seguridad de la Información contempla los siguientes procedimientos: PTE-PRC-02-Proceso perfiles y roles (V 0.0), STI-PRC-01-Procedimiento de gestión de usuarios (V 4.0), STI-PRC-02-Procedimiento Gestión de cambios TI (v 7.0), STI-PRC-03-Procedimiento control de acceso a redes y servicios de red (V 0.0, y TEC-PRC-03-Procedimiento de gestión de incidentes de seguridad de la información (V 0.0)</p> | 1 |
| 62 | <p>La Compañía cuenta con página Web y menú de Transparencia, dando cumplimiento a la Ley 1712 de 2014.</p> | 1 |
| 63 | <p>La información clasificada o sujeta a reserva se encuentra amparada bajo las políticas de Confidencialidad, Seguridad de la Información y Protección de Datos, las cuales establecen lineamientos, mecanismos y controles para el acceso restringido de los colaboradores u otras personas a la misma.</p> | 1 |
| 64 | <p>Mensualmente se informa a la Superintendencia de Salud el FT001 el cual contiene las transacciones entre partes vinculadas y grupo empresarial.</p> | 1 |
| 65 | <p>La Gerencia de Tecnología de la Información y la Subgerencia de Seguridad de la Información, han generado la actualización de la Política de Seguridad de la Información, la cual fue aprobada en sesión de Junta directiva el 13-06-2023 y en el documento se definen los controles de seguridad basados en la norma ISO 27001, además de los estándares o controles corporativos.</p> | 1 |
| 66 | <p>Como requisito para la gestión de las requisiciones (solicitud formal de cubrimiento de una vacante) se incluye la actualización (creación/validación) de la descripción de cargo. En este documento se establece tanto el objetivo del cargo como las principales responsabilidades a cargo, la estructura del área que permite identificar su impacto y las interacciones principales. Este documento debe ser firmado y leído al momento de la firma del contrato por parte del colaborador. Las descripciones de cargo reposan en físico en la HV de cada colaborador y en la Jefatura de Compensación (Gerencia de Personas) los formatos generales de cada cargo para la respectiva valoración de cargos.</p> | 1 |
| 67 | <p>La Subgerencia de Marketing y Comunicaciones de la entidad, se encarga de dar cumplimiento a los criterios establecidos en la medida.</p> | 1 |
| 68 | <p>La entidad está implementado los controles SOX donde se realizan actividades de monitoreo.</p> | 1 |

| | | |
|----|---|---|
| 69 | Se recibe el informe de forma anual, el cual es evaluado con la áreas responsables de los puntos de los cuales realizan la recomendación, con el fin de obtener el plan de acción para el año siguiente, el cual se revisa durante el siguiente entre la compañía y la firma de Auditoría Externa. | 1 |
| 70 | El control de calidad en la gestión en salud, se encuentra soportado por: a. Gestion operativa por habilitación - MEJ-PRC-03 Procedimiento de gestión operativa para la habilitación de servicios. Plan de auditoria anual de habilitación b. PAMEC c. Acreditación ICONTEC d. Sistema de información para la calidad | 1 |
| 71 | Existen los siguientes informes que genera la Gerencia através del área de Calidad: 1. Informe anual (2022) Key Perfomance Indicators. 2. Diapositivas de presentación a Junta Directiva. 3. Seguimiento a oportuidades de mejora de acreditación en ALMERA. 4. Informe de oportuidades de mejora del ICONTEC CAL-OTR-01 Informe de acreditación CDC 2022. | 1 |
| 72 | Las Clínicas cuentan con las políticas de salud relacionadas, las cuales han sido aprobadas por junta directiva y socializadas al interior de la organización. Se consideran la orientación estratégica en procura de garantizar las dimensiones de la calidad en la prestación de los servicios. En ellas se definen los lineamientos o niveles de calidad esperados, se establecen los objetivos para el logro de las mismas y se definen indicadores de seguimiento. En el anexo 1, se relaciona las políticas y los indicadores correspondientes. | 1 |
| 73 | Se ha generado de acuerdo con lo establecido en el art 47 de la Ley 222 de 1995, además, la Gerencia Financiera se encarga de revisar de manera adecuada y mantener el control de la gestión financiera. | 1 |
| 74 | Esta medida esta soportada por el informe del Revisor Fiscal el cual es presentado a los Representantes Legales y este presentado posteriormente por estos últimos a la Junta Directiva. | 1 |
| 75 | Se encuentran plasmadas en el informe anual de los EEFF de cierre. | 1 |
| 76 | La entidad ha actualizado y divulgado la Política de Gestión de la Tecnología la cual ha sido aprobada por Junta Directiva, en la cual se incluyen los ciclos de planeación, adquisición, incorporación, uso, monitoreo, control y reposición de las tecnologías institucionales. La gestión de esta política se encuentra a cargo del Grupo de Estándares de Acreditación de Tecnología y su seguimiento es periódico. | 1 |
| 77 | Las Clínicas cuentan con la Política de Gestión de Tecnología que se encarga de la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación. | 1 |
| 78 | En los estatutos de Las Clínicas se tienen identificadas la funciones de la Junta directiva, sin embargo no se encuentran acordes con la totalidad del requerimiento de la medida | 0 |
| 79 | En cumplimiento de sus funciones, el Representante Legal de Las Clínicas, se encargan de gestionar el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno, contando con el acompañamiento del Comité de Contraloría Interna como equipo multidisciplinario, para mantener un enfoque integral en el cumplimiento normativo y de los objetivos estratégicos. | 1 |
| 80 | El Representante Legal ha constituido el Comité de Gerencia, el cual sesiona semanalmente con todas las gerencias de línea y donde, quedan plasmadas las directrices para el cumplimiento de la gestión, como evidencia de estas reuniones, quedan documentadas las actas de reunión. Sobre los resultados obtenidos al final del mes, genera la citación a las sesiones de Junta Directiva, donde rinde cuentas a los miembros y recibe retroalimentación sobre las directrices corporativas | 1 |
| 81 | Se cuenta con un Estatuto de Auditoria Interna donde se define entre otros los objetivos, autoridad y responsabilidad de la Auditoria. | 1 |
| 82 | Se cuenta con un Estatuto de Auditoria Interna donde se define, entre otros, que la actividad es independiente y la actitud del Auditor Interno es imparcial y neutral. | 1 |
| 83 | El auditor es nombrado a discreción de los accionistas | 1 |
| 84 | El Director de Auditoría y su equipo de trabajo reúnen los conocimientos, actitudes y competencias para su labor. Esa experiencia esta enmarcada en un cuadro que se diligencia anualmente. | 1 |
| 85 | Se cuenta con una revisión jerárquica definida y con un programa de revisión de calidad. | 1 |
| 86 | El área de Auditoría Interna cuenta con un cronograma de las actividades a realizar durante el año. Adicionalmente, se cuenta con políticas y procedimientos para la función del auditor interno. Los informes emitidos con el resultado de cada auditoria se realizan mediante templates y revisión por parte de la Casa Matriz. | 1 |

| | | |
|-----|---|---|
| 87 | Dentro de las funciones que realiza anualmente el área de Auditoría Interna se cumple con: 1. el apoyo a la entidad en el mantenimiento de controles efectivos, promoviendo la mejora continua sin perjuicio de coadministrar con el funcionario de la entidad. 2. Realiza recomendaciones apropiadas para mejorar el gobierno corporativo interno. Tener un proceso para realizar una supervisión y verificación en que las acciones dadas por la Gerencia hayan sido efectivamente implantadas, dejando soporte de esta evaluación. | 1 |
| 88 | Se recibe certificación por parte de la Revisoría Fiscal indicando que los ingresos percibidos por las compañías no superan el 3% de sus ingresos totales. | 1 |
| 89 | No aplica. | N |
| 90 | Se tiene establecido como interlocutor de la sociedad el Gerente General, Director Médico y el área de calidad. Así como el procedimiento en caso de comunicación con la Junta Directiva. | 1 |
| 91 | No aplica. | N |
| 92 | Las Clínicas como IPS privadas tienen documentada la metodología de gestión de riesgos, generando la entrega de la información por los canales indicados en cada requerimiento. Frente al Sistema de atención al usuario y el Sistema de Control Interno, se tienen documentadas las principales actividades acordes a la normatividad y se encuentran en reestructuración. | 1 |
| 93 | Se tiene un Manual Médico, en el cual se consignan las características requeridas para la adscripción de médicos a nuestra institución, basado en un modelo médico contenido en el direccionamiento estratégico, aprobado por la Junta Directiva. No obstante, no se tiene el detalle de la información establecida en la medida. | 0 |
| 94 | La Compañía tiene un Manual de Compras y una Política de Aprobaciones que reúne lo descrito por la medida | 1 |
| 95 | Se encuentra en proyección la política, por lo que se encuentra en trámite de aprobación. | 0 |
| 96 | Se tienen establecidos procedimientos para la gestión de reportes a los entes reguladores, enfocados en la validación y aseguramiento de la calidad de los datos, los cuales se encuentran a disposición de los órganos de control interno y externo, para su seguimiento y monitoreo. | 1 |
| 97 | Frente al Público, la página web de Las Clínicas cuenta con la información relacionada en la medida, proporcionando información completa y actualizada. | 1 |
| 98 | El área de Marketing y comunicaciones, se encarga de publicar y mantener información sobre salud en la página web de Las Clínicas | 1 |
| 99 | Anualmente se publica la información de Las Clínicas en la página web, acorde con lo dispuesto en la normatividad. | 1 |
| 100 | Para el cierre 2022, la Junta Directiva aprobó el informe de gobierno organizacional, previo aval del Comité de Gerencia, en la medida en que para esa fecha no se contaba con el Comité de Contraloría. | 0 |
| 101 | Si bien para el cierre 2022, se constituyó un informe de gobierno organizacional que incluye la estructura indicada en la medida, las aprobaciones como se indicó previamente, no fueron efectuadas por comité de contraloría. | 0 |
| 102 | A la fecha no se han presentado salvedades en el informe del Revisoría Fiscal, sin embargo, en el momento en que se presente esta situación se aplicara la medida 102. | 1 |
| 103 | Existe el reporte denominado "INFORME ESPECIAL GRUPO EMPRESARIAL AÑO GRAVABLE 2022 ADMINISTRADORA COUNTRY S.A.S", dando cumplimiento al art. 29 de la ley 222 de 1995, se encuentra disponible para que en cualquier momento lo requiera la Superintendencia. | 1 |
| 104 | Se tiene conformado Grupo Empresarial, sin embargo la revelación de información a terceros no es integral y transversal, cada entidad la tiene de forma individual. | 0 |
| 105 | La Compañía cuenta con un Código de Conducta que describe los valores y principios, así como las directrices de comportamiento aplicables para todos los colaboradores y la alta dirección. La Compañía también cuenta con el Modelo de Prevención, el cual contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Así mismo, tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias. | 1 |
| 106 | La Compañía cuenta con un Código de Conducta que describe los valores y principios, así como las directrices de comportamiento aplicables para todos los colaboradores y la alta dirección. La Compañía también cuenta con el Modelo de Prevención, el cual contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Así mismo, tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias. | 1 |

| | | |
|-----|--|---|
| 107 | <p>La Compañía cuenta con un Código de Conducta que describe los valores y principios, así como las directrices de comportamiento aplicables para todos los colaboradores y la alta dirección.</p> <p>La Compañía también cuenta con el Modelo de Prevención, el cual contempla mecanismos para mitigar los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, soborno y cualquier otra conducta que se considere delictiva o inapropiada. Así mismo, tiene a disposición de todos los grupos de interés un canal de denuncias.</p> | 1 |
| 108 | <p>La Compañía cuenta con un Modelo de Prevención aprobado por Junta directiva, el cual compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación del COF y soborno, así mismo cuenta con elementos que soportan su cumplimiento como lo son las políticas corporativas de Cumplimiento entre las que se encuentran la de anticorrupción, conflicto de interés, relación con funcionario público, donaciones y otras. Otro de los elementos destacados es el Código de Conducta que describe los principios y valores que rigen el comportamiento de los colaboradores.</p> | 1 |
| 109 | <p>La compañía cuenta con un Modelo de Prevención aprobado por Junta directiva, el cual compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación del COF y soborno, así mismo cuenta con elementos que soportan su cumplimiento como lo son las políticas corporativas de Cumplimiento.</p> <p>Adicionalmente se construyó en conjunto con los dueños de los procesos una matriz de riesgos y controles con el objetivo de prevenir y mitigar asuntos asociados a COF y soborno</p> | 1 |
| 110 | <p>En el Modelo de Prevención se define el responsable de la administración del PTEE y las demás instancias que tienen obligaciones dentro de este programa como lo son la Junta Directiva, órganos de control y representante legal</p> | 1 |
| 111 | <p>La Compañía cuenta con un Modelo de Prevención aprobado por Junta directiva, el cual compila todas las estrategias internas para la prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno. En el mismo documento se describen las acciones que podría tomar la compañía en caso de evidenciar la infracción a los lineamientos allí descritos. Este documento se encuentra publicado en la intranet y página web de la compañía para conocimiento de cualquier tercero. También se han establecido mecanismos para el adecuado cumplimiento del modelo de prevención, como lo es el programa de capacitación, cláusulas contractuales, entre otros.</p> | 1 |
| 112 | <p>En el Modelo de Prevención se define el responsable de la administración del PTEE y en su perfil de cargo se determinan funciones, incompatibilidades e inhabilidades</p> | 1 |
| 113 | <p>En el Modelo de Prevención se define el responsable de la administración del PTEE y en el mismo se establecen las funciones que tiene frente al mismo.</p> | 1 |