CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO

Tabla de contenido

1. OBJETIVO **4**
2. ALCANCE **4**
3. DEFINICIONES **4**
4. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN **5**
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA **6**
5.1. MISIÓN 6
5.2. VISIÓN 6
5.3. VALORES INSTITUCIONALES – CRECE 6
5.4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES – SER 7
5.5. POLITICAS INSTITUCIONALES 7
5.5.1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 7
5.5.2. POLÍTICA DE NO REUSO 9
5.5.3. POLÍTICA DE DESARROLLO HUMANO 11
5.5.4. POLÍTICA DE CALIDAD 12
5.5.5. POLÍTICA DE ASESORÍA A LA JUNTA DIRECTIVA 12
5.5.6. POLÍTICA DE COMPORTAMIENTO 12
5.5.7. POLÍTICA DE EQUIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD 12
5.5.8. POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL ACOSO SEXUAL 13
5.5.9. POLÍTICA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA EN SALUD 15
5.5.10. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SEGURIDAD VIAL 15
5.5.11. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 16
5.5.12. POLÍTICA DE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS 17
5.5.13. POLÍTICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN 17
5.5.14. COMPROMISO AMBIENTAL 18
5.5.15. POLÍTICA DE REFERENCIACIÓN 18
5.5.16. POLÍTICA DE USO DE ANTIBIÓTICOS 18
5.5.17. POLÍTICA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD 18

5.5.18. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS USUARIOS Y SU FAMILIA 19
5.5.19. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO 19
5.5.20. POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE LA/FT 21
5.5.21. POLÍTICA DE CRÉDITO Y CARTERA 23
5.5.22. POLÍTICA DE CONTROL INTERNO 25
5.5.23. POLÍTICA PARA LA PREVENCIÓN DE FRAUDE 27
5.5.24. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN 29
6. DEFINICIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO **30**
6.1. LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO 30
6.1.1. PARA LOS DIRECTIVOS 30
6.1.2. PARA TODOS LOS FUNCIONARIOS 31
6.1.3. GRUPOS DE INTERÉS 31
6.1.4. INTERACCIÓN ENTRE LA INSTITUCIÓN, LOS USUARIOS Y CLIENTE INTERNO 32
6.1.5. ATENCIÓN DE LOS USUARIOS 33
6.2. INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA Y EVENTOS ADVERSOS 35
6.3. ELABORACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SUMINISTRO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL 35
6.4. MEDIOS INTERNOS DE COMUNICACIÓN 36
6.5. ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO 36
6.6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 38
6.7. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE 38
6.8. PRINCIPIOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL 38
7. PROCEDIMIENTO DE SOLUCIÓN Y MANEJO DE CONFLICTOS **39**
8. SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN ÉTICO Y POLÍTICA DEL BUEN GOBIERNO **40**
8.1. VALIDACIÓN DEL CLIMA ÉTICO 40
8.2. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A LAS NORMAS AUTOIMPUESTAS 40
8.2.1. SEGUIMIENTO A LOS NORMAS CLIENTE INTERNO 40
8.2.2. SEGUIMIENTO A LOS NORMAS CLIENTE EXTERNO 41
9. COMITÉ DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO **41**
10. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL A DIRECTIVOS **43**
10.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN 43
10.1.1. ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS 43
10.2. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN 46

10.2.1. JUNTA DIRECTIVA 46
10.2.2. GERENTE 49
10.2.3. DE LOS DIRECTORES 50
10.2.4. DE LOS COORDINADORES DE UNIDADES FUNCIONALES 50
11. CONTROLES EXTERNOS **51**
11.1. REVISORÍA FISCAL 51
12. ESTÁNDARES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN **51**
12.1. INDICADORES SEGUIMIENTO POR DESARROLLO HUMANO 52
12.1.1. Promedio de Calificación Evaluación de Desempeño 52
12.1.2. Proporción de Cumplimiento de la Gestión del Código de Ética y Buen Gobierno en clientes internos 52
12.1.3. Proporción de funcionarios con conocimiento del código ética y buen gobierno 53
12.2. INDICADORES SEGUIMIENTO POR COMPRAS Y LOGÍSTICA 53
12.2.1. Promedio de Calificación Evaluación de Proveedores 53
13. NORMAS DE AUTORREGULACIÓN **54**
14. DIFUSIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO **54**
15. DOCUMENTOS DE REFERENCIA **54**

1. OBJETIVO

Estructurar y recoger en un sólo documento los principios, valores, normas y políticas generales de buen gobierno de la Clínica Los Rosales, con el fin de orientar el comportamiento y asegurar la integridad ética de la institución, la adecuada administración de sus asuntos, el respeto de sus órganos directivos, empleados de la Institución,proveedores, usuarios y sus familias, generando una directriz para la solución de conflictos de interés y garantizando transparencia en las decisiones en pro del cumplimiento de la misión y visión institucional.

2. ALCANCE

Aplica para órganos directivos, empleados de la Institución, proveedores, clientes, usuarios, sus familias y todo aquel que interactúe con la institución.

3. DEFINICIONES

- **Código de Ética:** Compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que, en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

- **Código del Buen Gobierno:** Compila los compromisos éticos de la alta dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que, a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

- **Conflicto de Interés:** Situación en virtud de la cual una persona debido a su actividad se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

- **Ética:** Vigilancia de la conducta humana. Normas de convivencia tacitas, respeto a la propiedad del otro. Comportamiento para no atentar en la convivencia del otro, actuar con unos principios básicos que nos permite no dañar a otro. La moral está limitada por el aspecto cultural y religioso de la comunidad.

- **Políticas:** Directrices u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

- **Revisoría Fiscal:** Función establecida por el código de comercio, mediante la cual un contador público (nombrado para el efecto como revisor fiscal) y de acuerdo con normas de auditoria generalmente aceptadas, presenta un dictamen sobre la razonabilidad de los estados financieros examinados y que los mismos han sido preparados con principios de contabilidad generalmente aceptados.

- **Riesgos:** Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos de la Entidad, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones.

- **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos quedesarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto 1011 de 2006.

4. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN

La **Clínica Los Rosales** fue fundada el 10 de septiembre de 1980, se encuentra ubicada enla carrera 9° entre calles 25 y 26 en la ciudad de Pereira, área de fácil acceso para los diferentes sectores de la ciudad. Presta servicios de Urgencias, Hospitalización, Unidad de cuidado Intensivo y Cirugía de II, III y IV nivel de complejidad en todas las especialidades incluyendo cirugía cardiaca.

Reseña Histórica:

La primera sede de la Clínica Los Rosales se encontraba ubicada en la carrera octava entrecalles 15 y 16 en los pisos segundo y tercero, contaba con 6 camas, una pequeña sala de urgencias y un laboratorio clínico. En 1989 se trasladó a una nueva sede ubicada en la avenida 30 de agosto con calle 51 que además contaba con un quirófano y un mayor número de camas.

En el año de 1994 se inicia la construcción de la sede actual con recursos de la banca, se conformaron grupos de inspección para conocer nuevas tecnologías en varios hospitales y clínicas del país y de Estados Unidos realizando inversión posterior en equipos y tecnología.

La nueva clínica fue proyectada para la atención de usuarios particulares, sin embargo, con la ley 100 de 1993 y el inicio de una de las crisis económicas más grandes del país fue mucho más compleja la culminación de la construcción. En el año 1996 inicia el funcionamiento de la nueva sede, fueron los tiempos más difíciles de la Institución y su desempeño económico generó la posibilidad de liquidación de esta. En el año 2000 se acoge a la ley 550 desde entonces inicia una etapa de crecimiento aceleradoconvirtiéndose en sociedad anónima e ingresando nuevos y estratégicos socios.

5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

5.1. MISIÓN

Prestamos servicios integrales de salud de mediana y alta complejidad con calidad, atención humanizada y con enfoque en la gestión del riesgo, construyendo relaciones de confianza con nuestros clientes internos y externos, que permitan crecimiento y sostenibilidad conjunta.

5.2. VISIÓN

En el 2026 seremos la institución prestadora de servicios de salud líder en el eje cafetero reconocida por la excelencia en la gestión clínica, el mejor costo efectividad del sector en la región, destacada por el servicio más humanizado y la construcción de confianza con los clientes internos y externos.

5.3. VALORES INSTITUCIONALES – CRECE

- **Compromiso:** Capacidad de demostrar el interés por los cambios y necesidades de la empresa con responsabilidad, sentido de pertenencia, alineando los intereses personales con los objetivos de la Institución

- **Responsabilidad:** Capacidad de cumplir con las obligaciones, asumir las consecuencias de nuestros actos buscando realizarlos de acuerdo con la noción de justicia y del cumplimiento del deber en todos sus sentidos.

- **Equidad:** Considerar a las personas por iguales desde su individualidad sin distingo de raza, sexo, edad, condición económica, religión, educación, creencias.

- **Calidez:** Capacidad de trasmitir a los demás afectividad y cordialidad en todas las situaciones cotidianas, sin tener discriminaciones de ningún tipo

- **Empoderamiento:** Es la aplicación de las herramientas necesarias para asumir las responsabilidades dentro de la institución, para el mejoramiento del desempeño de sus actividades, propendiendo por la seguridad y satisfacción de los usuarios.

5.4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES – SER

- **SEGURIDAD:** Son los mecanismos establecidos para minimizar los riesgos a los usuarios internos y externos.

- **ÉTICA:** Vigilancia de la conducta humana. Normas de convivencia tácitas, respeto a la propiedad del otro. Comportamiento para no atentar en la convivencia del otro, actuar con unos principios básicos que nos permite no dañar a otro.

- **RESPETO:** Valorar a los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad. Exigeaceptación, trato amable y cortes, como base para las relaciones humanas.

5.5. POLITICAS INSTITUCIONALES

5.5.1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Política de Seguridad del Paciente, definida por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, encaminada a prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con una CLÍNICA segura y competitiva, adoptando los lineamientos establecidos en los PLANES INSTRUCCIONALES definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Para el efecto se entiende como seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Por lo tanto, se establecen en las CLÍNICA LOS ROSALES unos PRINCIPIOS transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- **Enfoque de atención centrado en la persona.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, con eje centrado alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente se da en un rol de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.

- **Política de Seguridad del Paciente**, parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

- **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual se involucran todas las áreas organizacionales y los diferentes actores.

- **Validez.** Para impactar se implementan metodologías y herramientas prácticas, que aseguran la prevención, acción inmediata, seguimiento, con capacitación al personal, momentos seguros del paciente, registro y seguimiento de eventos, seguimiento de indicadores y metas, análisis aplicando el Protocolo de Londres, soportadas en la evidencia científica disponible.

- **Alianza con el paciente y su familia.** En la política de seguridad se involucra a los pacientes y sus familias, con participación en la prevención, cuidado y acciones de mejora.

- **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad se basa en el carácter ético de la atención brindada, detección de riesgos, educación a los pacientes y familiares, reporte de eventos, análisis y seguimiento a planes de acción.

Asimismo, se aplican ESTRATEGIAS que permitan lograr los objetivos de la Política de Seguridad del Paciente, para beneficio de la población usuaria de los servicios:

- Direccionamiento de las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura.

- Disminución del riesgo en la atención en salud, brindada a los pacientes.

- Prevención de la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud con la aplicación de herramientas prácticas que mejoran las barreras de seguridad, estableciendo un entorno seguro de la atención en salud.

- Prevención de infecciones intrahospitalarias, mejorando la seguridad del paciente.

- Coordinación con los diferentes actores del sistema, generando mejoras en la calidad de la atención, que se evidencian en la obtención de resultados tangibles y medibles.

- Educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

- Algunas de las prácticas seguras que se realizan en los lineamientos de la política, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos son:

- Acciones dirigidas garantizando una atención limpia en salud: LAVADO DE MANOS.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: DIEZ CORRECTOS.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: CAPACITACIÓN, PAUSAS ACTIVAS, ANÁLISIS DE EVENTOS.
- Programas para evitar las caídas de pacientes: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO Y USO DE MANILLAS.
- Procedimiento para la remisión oportuna de pacientes: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
- Adecuada identificación del paciente por mecanismos visibles: TABLERO DE IDENTIFICACIÓN, BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN, CENSO. VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA.
- Para ello se ha implementado, entre otras:
- Instauración de una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducción de la frecuencia de incidentes y eventos adversos. Fomento de un entorno seguro de la atención.
- Educación continuada, capacitación, entrenamiento y motivación al personal para la seguridad del paciente.

5.5.2. POLÍTICA DE NO REUSO

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.** garantiza que, durante el proceso de atención de sus usuarios, no se reúsan dispositivos médicos que por disposición del fabricante se determinen como de "un solo uso". En la Clínica Los Rosales solo podrán ser reusados aquellos dispositivos cuya recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que la reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos, con seguimiento a través de los comités institucionales.

Todos los dispositivos médicos que sean utilizados en pacientes para realizar procedimientos deberán cumplir con los requisitos de seguridad y funcionamiento establecidos por el fabricante.

De realizar reúso en la institución sólo se hará a los dispositivos médicos que tengan recomendación del fabricante por tiempo definido o número de usos estipulados, para esta actividad la Clínica:

- Desarrolla protocolo y normas operativas para la reprocesamiento, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

- Garantiza la esterilización recomendada por el fabricante.

- A todo dispositivo médico que se reúse se le asigna un código que permita identificarlo, de ser compuesto por varias piezas este debe tener marcado el código en todas las piezas, esto con el fin de llevar control de este.

- Cuenta con un formato de registro donde se realice el control de reúsos, con los siguientes datos: descripción del dispositivo, unidad funcional, tipo de procesamiento, número de reúso, fecha de recibido, quien entrega, quien recibe, fecha de devolución, quien entrega, quien recibe.

- Retira los dispositivos de circulación cuando haya cumplido su vida útil, garantizando el descarte de estos y el registro de baja

- Será responsabilidad de la central de esterilización: Llenar el control de reúsos debido a que es el servicio en el cual se realizará el procesamiento de los dispositivos, pero será responsabilidad de todos los servicios de la institución proporcionar a la central la información completa de los dispositivos y observaciones a tener en cuenta para diligenciar correctamente el registro.

- Informar a los servicios con antelación (3 últimos reúsos) al vencimiento del dispositivo para que este realice gestión de reposición, esto con el fin de reemplazar el dispositivo que será descartado y no tener inconvenientes en la atención del paciente. Informar en la etiqueta o rotulo del dispositivo el último uso para que los servicios tengan conocimiento de esto. Realizar el descarte de los dispositivos médicos cuando hayan cumplido su vida útil, dejar constancia de baja.

- El Comité de Calidad y Seguridad del paciente y el Comité de Infecciones Intrahospitalarias son responsable de aprobar, verificar y controlar los procedimientos para el reúso de dispositivos médicos por recomendación del fabricante, asegurando el cumplimiento de todos los parámetros del protocolo.

- La política de reúso de nuestra Institución es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

- Contar con los dispositivos necesarios y suficientes de un solo uso para cumplir con la atención segura de nuestros pacientes y que esta no se vea afectada por falta de estos Implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible que garantice el buen reúso de dispositivos por recomendación del fabricante.

- Involucrar a todos los servicios de la institución para que tengan conocimiento de esta política, promoviendo la cultura de no reúso de dispositivos de un solo uso en nuestros colaboradores.

- El diseño del producto y la selección de materiales, son el resultado de estudios detallados de factores relevantes para la seguridad del paciente y la fabricación costo-efectiva del dispositivo. Las propiedades físicas de un dispositivo médico, junto con su funcionamiento y efectividad son investigadas, desarrolladas y probadas por el fabricante. El reprocesamiento para el reúso puede afectar estas características (Ej. resistencia del material, dimensiones, flexibilidad, adhesivos, lubricantes, etc.).

- La esterilidad de un dispositivo médico sólo puede ser garantizada bajo un proceso de validación controlado. Los fabricantes utilizan sistemas de calidad, ambientes de fabricación especiales, equipos certificados, procesos que son validados, pruebas de integridad de empaque, métodos de aseguramiento de la esterilidad y control del procedimiento de etiquetado. Sus métodos de control también están sujetos a inspección rutinaria por parte de las autoridades responsables para asegurar su cumplimiento.

- Dispositivo de un solo uso es aquel cuya finalidad es ser usado en un solo paciente, en un único procedimiento. No está diseñado para ser reprocesado (limpiar, descontaminar, desinfectar/esterilizar) y ser usado en otro paciente. El inserto del fabricante no incluye instrucciones de reprocesamiento.

5.5.3. POLÍTICA DE DESARROLLO HUMANO

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.** promueve la idoneidad, el compromiso, la participación y la calidez del equipo humano mediante una planificación cuidadosa, canales de comunicación adecuados y procesos de selección, inducción, capacitación, compensación, promoción, evaluación y retiro que cumplen con la normatividad vigente y responden a las necesidades institucionales, de los usuarios y sus familias, propiciando un ambiente de trabajo seguro e inclusivo.

5.5.4. POLÍTICA DE CALIDAD

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.** trabaja por la satisfacción de sus usuarios y su familia, a través de la gestión de los recursos humanos, financieros, de información y ambiente físico, basada en una cultura organizacional centrada en la persona, que busca el mejoramiento continuo de sus procesos asistenciales y administrativos de manera segura, oportuna, accesible, continua y pertinente, ofreciendo atención integral y cumpliendo la normatividad vigente.

5.5.5. POLÍTICA DE ASESORÍA A LA JUNTA DIRECTIVA

LOS ÓRGANOS DE DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A. junto con la Gerencia General toman decisiones operativas, administrativas y financieras con el fin de ejecutar una operación rentable, en continuo proceso de mejoramiento orientado en un servicio con calidad.

5.5.6. POLÍTICA DE COMPORTAMIENTO

En **LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A**., todos los funcionarios desempeñan sus actividades laborales con una actitud de respeto, integridad, colaboración y empatía, en coherencia con los valores y principios institucionales en sus interacciones con usuarios, familias, visitantes y compañeros. Asimismo, la clínica espera recibir un trato cordial, amable y respetuoso por parte de los usuarios.

5.5.7. POLÍTICA DE EQUIDAD DE GÉNERO Y DIVERSIDAD

En **CLÍNICA LOS ROSALES**, estamos comprometidos con la promoción de la equidad de género y la diversidad en todos los aspectos de nuestra operación. Reconocemos que la igualdad de oportunidades y el respeto a la diversidad son fundamentales para fomentar un ambiente laboral inclusivo, colaborativo y productivo. Por lo tanto, nos comprometemos a seguir los principios de equidad, diversidad, normalización de la diferencia, ambiente colaborativo de trabajo y solidaridad en todas nuestras prácticas y políticas internas.

5.5.8. POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL ACOSO SEXUAL

Objetivo de la Política

Establecer los lineamientos institucionales para prevenir, identificar, atender y sancionar situaciones de acoso sexual que puedan presentarse en el entorno laboral y asistencial de la Clínica Los Rosales S.A., garantizando un ambiente seguro, respetuoso, digno y libre de cualquier conducta de carácter sexual no deseada.

Alcance de la Política

Esta política aplica a todo el talento humano vinculado a la Clínica Los Rosales S.A., independientemente de su modalidad de contratación (directa, tercerizada, en formación, entre otros), así como a pacientes, usuarios y visitantes dentro de las instalaciones o en el marco de la prestación de servicios por parte de la institución.

Principios de la Política

- **Dignidad humana:** Toda persona tiene derecho a un trato respetuoso, ético y libre de conductas que atenten contra su integridad sexual.
- **Cero tolerancias:** La institución no tolerará ninguna forma de acoso sexual en ninguna de sus manifestaciones.
- **Confidencialidad:** La información sobre los casos reportados será manejada con la mayor reserva, protegiendo la privacidad de las personas involucradas.
- **Debido proceso:** Garantía de una investigación imparcial, objetiva y respetuosa de los derechos de todas las partes.
- **Prevención activa:** Compromiso institucional con la promoción de una cultura organizacional basada en el respeto y el comportamiento ético.

Definiciones de la Política

- **Acoso sexual:** Toda conducta verbal, no verbal o física de carácter sexual no deseada, realizada en el ámbito laboral o asistencial, que afecte la dignidad de quien la recibe, cree un ambiente intimidante, humillante, hostil u ofensivo, o condicione el acceso o permanencia en el empleo o el servicio.

Lineamientos Generales de la Política

- **Prevención:** Implementación de actividades educativas, charlas, talleres y campañas informativas para sensibilizar sobre el acoso sexual, identificarlo y prevenirlo.

- **Canales de denuncia:** Disposición de medios seguros, confidenciales y accesibles para que cualquier persona pueda reportar conductas de acoso sexual.

- **Atención integral:** La persona afectada podrá recibir orientación y acompañamiento psicosocial, jurídico y médico, cuando sea necesario.

- **Investigación y sanción:** Las denuncias serán evaluadas por el comité designado, asegurando el respeto al debido proceso. Si se comprueba la conducta, se aplicarán las medidas disciplinarias previstas en el reglamento interno y la legislación vigente.

- **Seguimiento:** Evaluación y mejora continua de la política y los procesos de atención, garantizando su efectividad y pertinencia.

Responsables de la Política

- **Desarrollo Humano**: Recibir los reportes, activar la ruta de atención, coordinar acciones preventivas y promover una cultura institucional libre de acoso.

- **Comité de Convivencia Laboral**: Intervenir conforme a su competencia en el análisis de situaciones relacionadas con acoso sexual entre trabajadores.

- **Directivos**: Asegurar el compromiso institucional con la política, asignar los recursos necesarios y supervisar su cumplimiento.

Vigencia de la Política

La presente política entra en vigor a partir de su aprobación por la Junta Directiva de la Clínica Los Rosales S.A. y será revisada y actualizada cada dos (2) años, o antes si así lo requieren cambios normativos o situaciones institucionales.

5.5.9. POLÍTICA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA EN SALUD

LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A. establece el Sistema de Gestión del Ciclo de Vida de las Tecnologías en Salud lo cual comprende la Planeación, Selección, Adquisición, Instalación o Almacenamiento, Uso, Mantenimiento y Disposición Final de las mismas de acuerdo con recomendaciones del fabricante, con el fin de asegurar la calidad, disponibilidad, seguridad y unificación de los procesos en la prestación de los servicios.

5.5.10. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y SEGURIDAD VIAL

LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A., institución dedicada a la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger a sus funcionarios y partes interesadas, busca propiciar condiciones de trabajo seguras y saludables; para lo cual se compromete a:

- Cumplir con la normatividad vigente colombiana y con otras obligaciones que voluntariamente haya asumido en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad Vial, aplicando sus propios estándares cuando no exista legislación al respecto.

- Identificar, evaluar e implementar las acciones requeridas para controlar, minimizar y eliminar los factores de riesgo (Biológicos, químicos, psicosociales, físicos, ergonómicos, locativos, viales y públicos); y situaciones de emergencias presentes en las actividades laborales con el fin de prevenir la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales enmarcados en la cultura del autocuidado.

- Desarrollar acciones encaminadas a la prevención y reducción de la vulnerabilidad frente a las amenazas existentes mediante la implementación del Plan Hospitalario para la gestión de Desastres y Emergencias.

- Fomentar hábitos, comportamiento y conductas seguras en la vía, para la prevención de siniestros viales con afectación a la persona.

- Diseñar, Implementar y Mejorar continuamente su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Plan Estratégico de Seguridad Vial, a través de la participación y consulta de los trabajadores.

5.5.11. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A., como IPS prestadora de servicios de salud, considera que la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco - dependencia, afectan los ambientes de trabajo, agravan los riesgos ocupacionales, atentan contra la salud y la seguridad, constituyéndose en amenaza para la integridad física y mental de pacientes, usuarios y población trabajadora de la entidad en general. Para garantizar el cumplimiento de la Resolución 1075 de 1994, la Resolución 1956 de 2008 y demás normas reglamentarias, con el fin de lograr un ambiente seguro y adecuado de trabajo, es política de la empresa velar por el bienestar de sus trabajadores, pacientes y usuarios en este aspecto.

Por este motivo, se adoptan las siguientes reglas:

- Prohibir el consumo de cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, drogas y/o fármacos de tipo narcótico en toda la Institución y/o con el uniforme de la Institución.

- Prohibir la automedicación de cualquier tipo de medicamento.

- Divulgar entre los colaboradores de la empresa el daño que produce en la salud el consumo de cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, drogas y/o fármacos de tipo narcótico, así como también la automedicación de cualquier tipo de medicamento.

- Propender por la activa participación en todos los niveles de LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A en la prevención del uso de cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, drogas y/o fármacos de tipo narcótico.

- Prohibir que los trabajadores laboren en estado de embriaguez, o bajo los efectos de la resaca o el efecto de algún tipo de sustancia o medicamento psicoactivo, que comprometan su estado de conciencia o funciones ejecutivas o pongan en riesgo su adecuado desempeño.

- Prohibir la posesión, consumo y venta de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas o drogas en las áreas de la empresa

- Estimular a los colaboradores afectados por el uso del tabaco, el uso de alcohol y sustancias psicoactivas o drogas a que participen en programas para su tratamiento.

- Se cuenta con un régimen de sanciones drásticas para quienes incumplan lo establecido en la presente política. La violación de esta política en caso de comprobarse, aún por primera vez, es calificada como una falta grave y representa un acto causal de terminación del contrato individual de trabajo.

5.5.12. POLÍTICA DE PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS

La **CLÍNICA LOS ROSALES**, como institución prestadora de servicios de salud, reconoce la importancia de estar preparada para responder eficazmente a situaciones de emergencia externa e internas que puedan afectar tanto a nuestros pacientes, funcionarios, e instalaciones. Esta política establece las directrices para la documentación, implementación y mantenimiento del Plan Hospitalario de Emergencias (PHE), con el objetivo de proteger la vida, la salud y la seguridad de todas las personas en nuestras instalaciones y asegurar la continuidad operativa de nuestros servicios.

5.5.13. POLÍTICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

LA CLÍNICA LOS ROSALES S.A. Entendiendo la importancia de una adecuada gestión de la información, se ha comprometido a establecer un marco de confianza en el ejercicio de sus deberes con el Estado y los ciudadanos, todo enmarcado en el estricto cumplimiento de las leyes y en concordancia con la misión y visión de la Clínica. Además, la Clínica ha decidido definir, implementar, operar y mejorar de forma continua un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, soportado en lineamientos claros alineados a las necesidades del negocio, y a los requerimientos regulatorios.

La clínica se compromete a velar por la integración, seguridad, confidencialidad, coherencia y disponibilidad de la información generada en los procesos de la institución, utilizando herramientas adecuadas, para la toma de decisiones y respuestas a los usuarios y familia.

De acuerdo con lo anterior, esta política aplica a la Clínica según como se define en el alcance, sus funcionarios, terceros, aprendices, practicantes, proveedores y la ciudadanía en general, teniendo en cuenta que los principios sobre los que se basa el desarrollo de las acciones o toma de decisiones alrededor del SGSI (Sistema de Gestión de Seguridad de la Información), estarán determinadas por las siguientes premisas:

- Minimizar el riesgo en las funciones más importantes de la Clínica.
- Cumplir con los principios de seguridad de la información.
- Cumplir con los principios de la función administrativa.
- Mantener la confianza de sus clientes, socios y empleados.
- Apoyar la innovación tecnológica.
- Proteger los activos tecnológicos.
- Establecer las políticas, procedimientos e instructivos en materia de seguridad de la información.
- Fortalecer la cultura de seguridad de la información en los funcionarios, terceros, aprendices, practicantes y clientes de la Clínica.

5.5.14. COMPROMISO AMBIENTAL

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A** está comprometida con el cumplimiento de las exigencias de la normatividad ambiental, el desarrollo de actividades, programas y proyectos de clasificación, reciclaje, eliminación y disposición final de los residuos, con el propósito de disminuir y/o mitigar los impactos negativos que se puedan generar en el ambiente a través del mejoramiento continuo, y el cumplimiento de la normatividad vigente, contribuyendo con la protección y conservación del medio ambiente. Igualmente propende por la creación de estrategias de protección y promoción del saneamiento ambiental, además las de vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.

Promoverá de manera constante la sensibilización, la formación ambiental y la comunicación, enfocados en el buen manejo de los residuos sólidos y vertimientos, con la participación de los funcionarios, contratistas, visitantes, vecinos y proveedores.

5.5.15. POLÍTICA DE REFERENCIACIÓN

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.** declara que realizará referenciaciones que le permitan identificar mecanismos, procedimientos, procesos y sistemas como representantes de las mejores prácticas que han desarrollado, con el fin de adoptar y adaptar las mismas dentro de la Institución generando impactos positivos en su comportamiento y contribuyendo a su mejoramiento continuo.

5.5.16. POLÍTICA DE USO DE ANTIBIÓTICOS

Por medio de la presente la **Clínica Los Rosales S.A.**, enmarcada en los lineamientos de seguridad del paciente acoge las recomendaciones de manejo dispuestas en el programa para el uso racional de antimicrobianos PROA acorde a lo indicado por el ministerio de salud y de la protección social a través de la resolución 2471 de 2022.

5.5.17. POLÍTICA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Por medio de la presente la **Clínica Los Rosales S.A.**, enmarcada en los lineamientos de seguridad del paciente, discrimina la política de control de infecciones IAAS acorde a lo dispuesto en la resolución 2471 de 2022 y los protocolos 357-359 del instituto nacional de salud.

5.5.18. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS USUARIOS Y SU FAMILIA

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.** se compromete a cumplir su deber de confidencialidad con respecto a datos de carácter personal de los usuarios y en ningún momento esta información será utilizada sin mediar consentimiento previo por parte del usuario y/o haber sido solicitada por autoridad competente Así mismo se garantiza la adopción de medidas de seguridad requeridas para asegurar la confidencialidad de los usuarios y sus familias si así se requiere.

5.5.19. POLÍTICA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Declaración del Riesgo

En el desarrollo de las actividades de la IPS CLINICA LOS ROSALES ocurren riesgos, por lo cual se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para que, a través de la gestión integral de los mismos, se prevenga o minimice su impacto. Para ello se han adoptado mecanismos que permitan identificar, valorar, revelar y administrar los riesgos propios de su actividad, acogiendo una autorregulación prudencial. La entidad determinará su nivel de exposición concreta a los impactos de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructurará criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de estos.

Alcance de la política

Esta política aplica a todos los procesos, áreas y niveles jerárquicos de la IPS CLÍNICA LOS ROSALES. Inicia con la identificación del contexto estratégico, sigue con la clasificación y valoración de los riesgos (clínicos, operativos, financieros, reputacionales, tecnológicos, legales, ambientales), y culmina con el seguimiento, evaluación de controles y mejora continua.

Objetivo de la política

Ser parte integral de todos los procesos con el fin de proteger y crear valor mediante la Administración del Riesgo de la IPS CLINICA LOS ROSALES, aportando al logro de los Objetivos Estratégicos:

- Lograr el crecimiento rentable y sostenible del grupo
- Ser la mejor opción de nuestros clientes objetivos
- Alcanzar altos estándares de calidad con una atención más humana al paciente
- Innovar y desarrollar modelos de negocios, soluciones y servicios de salud
- Lograr excelencia operacional
- Desarrollar en forma integral el talento humano

Objetivos Específicos de la política

- Aportar a la eficiencia operacional mediante la mitigación de probabilidad e impacto de eventos desfavorables.

- Gestionar de forma anticipada las situaciones vulnerables o eventos que pueden afectar el logro de los objetivos organizacionales.

- Contribuir con la adecuada información para la toma de decisiones estratégicas y operativas.

- Proveer en la mejora continua de los procesos para fortalecer el general el proceso de control interno.

- Mitigar todo acto de terrorismo, tipificado como delito la provisión o recaudación internacional por cualquier medio directo o indirecto de fondos que sean dirigidos a hechos delictivos.

Principios Rectores de la política

- Enfoque preventivo y anticipativo.
- Participación de todos los colaboradores.
- Gestión basada en evidencia.
- Articulación con el Sistema de Gestión de la Calidad, Seguridad del Paciente, PAMEC y Control Interno.
- Ética, legalidad y transparencia en la gestión de riesgos.

Tipos de Riesgos a Gestionar de la política

- Riesgo en salud
- Riesgo operacional
- Riesgo reputacional
- Riesgo legal
- Riesgo actuarial
- Riesgo de crédito
- Riesgo de liquidez
- Riesgo de mercado de capitales
- Riesgo de grupo
- Riesgo de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo LAFT
- Riesgos Corrupción, Opacidad y Fraude COF
- Riesgos de Soborno

Estrategias de Implementación de la política

- Diseño y actualización del Mapa de Riesgos Institucional.
- Asignación de responsables por cada tipo de riesgo.
- Seguimiento mediante indicadores y herramientas de control.
- Articulación con las actividades del Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Calidad, Comité de Emergencias y Comité de Control Interno.
- Capacitación periódica a todo el personal.
- Auditorías internas específicas al componente de riesgos.
- Evaluación periódica de controles implementados.

5.5.20. POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE LA/FT

OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer los principios y directrices institucionales para prevenir, detectar y controlar el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), garantizando el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes y los requerimientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, en especial lo dispuesto en las Circulares Externas 009 de 2016 y 018 de 2021.

ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política aplica a todas las áreas, procesos y niveles jerárquicos de la Clínica Los Rosales S.A., incluyendo:

- Miembros de la Alta Dirección.
- Empleados.
- Contratistas.
- Proveedores.
- Intermediarios y asesores externos.

También se extiende a todas las relaciones comerciales y contractuales que la Clínica establezca con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES DE LA POLÍTICA

La Clínica Los Rosales S.A. adopta los siguientes principios rectores en la prevención del riesgo LA/FT:

- Legalidad: Observancia rigurosa de la normatividad vigente expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes.
- Debida diligencia: Identificación, verificación y monitoreo permanente de los clientes, usuarios y terceros vinculados.
- Transparencia: Ejercicio ético y claro en todas las relaciones institucionales y comerciales.
- Prevención: Implementación proactiva de mecanismos para evitar el uso de la institución en actividades ilícitas.
- Colaboración: Apoyo a las autoridades mediante el suministro de información oportuna y veraz.
- Confidencialidad: Protección de los datos recolectados en cumplimiento de esta política.

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA POLÍTICA

La Clínica Los Rosales S.A. se compromete a:

- Implementar controles efectivos para la identificación, verificación, actualización y segmentación del riesgo de los clientes y usuarios.
- Adoptar mecanismos para la detección y análisis de operaciones inusuales y sospechosas, y su correspondiente reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).
- Nombrar y respaldar a un Oficial de Cumplimiento, con funciones definidas, acceso a la alta dirección y autonomía en el ejercicio de su rol.
- Realizar capacitaciones periódicas al personal sobre prevención de LA/FT, incluyendo señales de alerta, normativa vigente y buenas prácticas.
- Garantizar la conservación, trazabilidad y custodia de los documentos que soportan los procedimientos relacionados con esta política.
- Aplicar un régimen sancionatorio interno frente al incumplimiento de los controles establecidos.
- Abstenerse de establecer relaciones con personas naturales o jurídicas vinculadas a actividades delictivas o que presenten señales de riesgo no mitigable.

ACTORES DE LA POLÍTICA

- **Alta Dirección:** Aprobar y promover la política; asignar recursos; respaldar las acciones del Oficial de Cumplimiento; revisar y evaluar su efectividad.

- **Oficial de Cumplimiento:** Implementar, actualizar y supervisar el cumplimiento de la política; realizar reportes a la UIAF y a la Superintendencia; capacitar al personal; actuar como enlace institucional con las autoridades.

- **Áreas Administrativas y Asistenciales:** Aplicar los controles definidos; reportar operaciones sospechosas; mantener actualizada la información requerida.

- **Revisoría Fiscal:** Verificar el cumplimiento de la política y evaluar su efectividad como parte del control fiscal y contable.

- **Todos los colaboradores:** Conocer, aplicar y respetar esta política; reportar oportunamente cualquier situación que pueda configurar un riesgo LA/FT.

5.5.21. POLÍTICA DE CRÉDITO Y CARTERA

OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer los lineamientos institucionales para el otorgamiento de crédito y la gestión integral de la cartera de la Clínica Los Rosales S.A., con el propósito de garantizar su recuperación oportuna, minimizar el riesgo financiero, preservar la liquidez y asegurar la sostenibilidad económica de la entidad.

ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política aplica a todas las dependencias y procesos relacionados con la generación, facturación, gestión, seguimiento, cobro y depuración de cartera. Incluye la cartera generada con:

- Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) del régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales.
- Entidades públicas y privadas.
- Aseguradoras de riesgos laborales (ARL).
- Empresas que contratan servicios de salud.
- Pólizas de seguros.
- Pacientes particulares y otros terceros.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES DE LA POLÍTICA

La Clínica Los Rosales S.A. orienta su política de crédito y cartera conforme a los siguientes principios:

- **Sostenibilidad financiera:** Gestión eficiente de los ingresos derivados de la prestación de servicios.
- **Transparencia:** Trazabilidad clara de los procesos de crédito y recuperación de cartera.
- **Legalidad:** Cumplimiento de la normatividad vigente, especialmente en lo relacionado con contratación, conciliaciones, provisiones y castigos contables.
- **Oportunidad:** Agilidad en los procesos de facturación, cobro, conciliación y recuperación.
- **Confiabilidad:** Uso de información contable y financiera veraz y actualizada para la toma de decisiones.
- **Corresponsabilidad:** Participación activa de todas las áreas en la correcta gestión de la cartera.

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA POLÍTICA

La Clínica Los Rosales S.A. establece las siguientes directrices para la gestión de crédito y cartera:

- **Formalización del crédito:** Toda prestación de servicios debe estar soportada en contrato, convenio, autorización o acto administrativo debidamente registrado.
- **Criterios para el otorgamiento de crédito:** Se evaluará el riesgo crediticio mediante análisis financiero, historial de pagos, condiciones contractuales y cumplimiento normativo.
- **Condiciones de pago:** Se promoverán acuerdos de pago no superiores a lo establecido en los contratos. El incumplimiento activará los mecanismos de cobro establecidos.
- **Cierre de cartera:** Se establecerán cortes mensuales de facturación y revisión para facilitar su conciliación y depuración oportuna.
- **Gestión de cobro:** Se implementará un plan integral de cobro preventivo, persuasivo y jurídico, articulado con mecanismos de conciliación extrajudicial y lo establecido por la ley.
- **Depuración contable:** Se aplicarán provisiones y castigos contables según lineamientos de la Contaduría General de la Nación (CGN) y normas NIIF, cuando aplique.

- **Seguimiento y control:** La cartera será objeto de auditorías internas y evaluación periódica por parte del comité de riesgos y la dirección financiera. Se generarán indicadores de gestión para toma de decisiones.

ACTORES DE LA POLÍTICA

- **Gerencia General:** Aprobar esta política y garantizar su aplicación en todos los procesos.
- **Dirección Financiera:** Coordinar la gestión integral de la cartera; aplicar los lineamientos contables y financieros; presentar informes periódicos.
- **Área de Cartera:** Ejecutar los procesos de facturación, seguimiento, cobro, conciliación y depuración; mantener actualizada la información.
- **Área Jurídica:** Apoyar la gestión de cobro jurídico y los procesos de conciliación.
- **Comité de Riesgos:** Evaluar periódicamente los indicadores de cartera y proponer acciones preventivas y correctivas.
- **Todas las áreas asistenciales y administrativas:** Apoyar la trazabilidad de los servicios prestados, la generación oportuna de la facturación y la remisión correcta de soportes para evitar glosas o devoluciones.

5.5.22. POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer los lineamientos institucionales para diseñar, implementar, mantener y fortalecer el Sistema de Control Interno en la Clínica Los Rosales S.A., con el propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos, garantizar la legalidad y eficiencia en los procesos, y promover una cultura de autocontrol y mejora continua.

ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política aplica a todas las áreas, niveles jerárquicos y procesos de la Clínica Los Rosales S.A., incluyendo colaboradores, personal asistencial, administrativo, contratistas y proveedores. Cubre el diseño, ejecución y supervisión de actividades relacionadas con el control interno, en todos los niveles de operación y toma de decisiones.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES DE LA POLÍTICA

El sistema de control interno de la Clínica Los Rosales se fundamenta en los siguientes principios rectores:

- **Autocontrol:** Cada colaborador actúa con responsabilidad, evalúa su propio desempeño y previene riesgos en su quehacer diario.
- **Autogestión:** Las dependencias toman decisiones oportunas y responsables con base en sus objetivos y competencias.
- **Autorregulación:** Los procesos se ejecutan conforme a lineamientos definidos institucionalmente y con base en la normativa vigente.
- **Transparencia:** Garantía de acceso a información clara, confiable, verificable y oportuna.
- **Legalidad:** Actuación sujeta al marco normativo, legal y regulatorio del sistema de salud colombiano.
- **Mejora continua:** Evaluación y retroalimentación permanente para la optimización de los procesos y la calidad del servicio.

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA POLÍTICA

La Clínica Los Rosales establece los siguientes lineamientos para fortalecer su sistema de control interno:

- **Prevención de riesgos y fraudes:** Se implementarán herramientas como mapas de riesgo, matrices de cumplimiento normativo y controles preventivos.
- **Evaluación continua:** Se promoverán procesos de autoevaluación del control, auditorías internas y seguimiento a planes de mejora.
- **Gestión de información:** Se garantizará la integridad, disponibilidad y confiabilidad de los datos institucionales.
- **Integración de sistemas:** El control interno se articulará con los sistemas de gestión de la calidad, información, financiero y estratégico.
- **Desarrollo del talento humano:** Se promoverá la formación continua en control interno, gestión de riesgos, auditoría y cultura de legalidad.
- **Participación de órganos de control:** Se definirán funciones claras para la Dirección General, el Comité de Control Interno y la Auditoría Interna, como garantes del cumplimiento y mejoramiento del sistema.

ACTORES DE LA POLÍTICA

- **Gerencia General:** Liderar y supervisar la implementación del Sistema de Control Interno, garantizando recursos y condiciones para su funcionamiento.

- **Comité de Control Interno:** Asesorar a la Alta Dirección en el fortalecimiento del sistema, revisar riesgos institucionales y apoyar la toma de decisiones.

- **Dirección Administrativa y Financiera:** Integrar el control interno con los procesos operativos y financieros, asegurando el cumplimiento normativo.

- **Coordinadores y Jefaturas:** Aplicar los controles en los procesos bajo su responsabilidad, promover el autocontrol en sus equipos y garantizar la ejecución efectiva de los planes de mejora.

- **Todos los colaboradores:** Cumplir con los controles establecidos, participar en procesos de evaluación y actuar conforme a los principios de integridad, legalidad y mejora continua.

5.5.23. POLÍTICA PARA LA PREVENCIÓN DE FRAUDE

OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Establecer los lineamientos institucionales para prevenir, detectar, investigar y sancionar actos de fraude, corrupción y cualquier conducta irregular que vulnere los principios éticos, legales o financieros de la Clínica Los Rosales S.A., garantizando la integridad institucional, la confianza de las partes interesadas y la sostenibilidad organizacional.

ALCANCE DE LA POLÍTICA

Esta política aplica a todos los colaboradores, funcionarios, directivos, contratistas, prestadores, proveedores, usuarios y terceros vinculados directa o indirectamente con la Clínica Los Rosales S.A., en el desarrollo de cualquier proceso asistencial, administrativo, financiero, logístico o tecnológico.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES DE LA POLÍTICA

La política de prevención del fraude se fundamenta en los siguientes principios:

- **Cero tolerancia:** Rechazo absoluto frente a cualquier modalidad de fraude, corrupción o conducta antiética.

- **Transparencia:** Compromiso con una gestión clara, verificable y enmarcada en la legalidad.

- **Confidencialidad:** Protección de la identidad e integridad de quienes reportan hechos irregulares.

- **Legalidad:** Cumplimiento estricto del marco normativo vigente.

- **Integridad:** Actuación ética, honesta y profesional en todos los niveles de la Institución.

- **Rendición de cuentas:** Responsabilidad frente a la gestión pública y uso de los recursos institucionales.

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA POLÍTICA

Para la prevención, detección y tratamiento del fraude, la Clínica Los Rosales establece los siguientes lineamientos:

- **Mapa de riesgos de fraude:** Identificación, evaluación y control de los riesgos asociados al fraude en los distintos procesos institucionales.

- **Canal de denuncias:** Implementación de mecanismos seguros, confidenciales y accesibles para la recepción de reportes, incluyendo buzón físico, línea telefónica, correo electrónico o plataforma digital.

- **Evaluaciones de control:** Aplicación periódica de auditorías internas y externas con enfoque antifraude, así como validación de operaciones sensibles como facturación, pagos y compras.

- **Investigación y sanción:** Los actos fraudulentos serán objeto de investigación disciplinaria, contractual o penal, según corresponda, aplicando las medidas correctivas o sancionatorias respectivas.

- **Sensibilización y cultura de integridad:** Realización de campañas, jornadas de formación, inducción y reinducción que promuevan la ética, el cumplimiento y la prevención del fraude.

- **Sistema de seguimiento:** Integración con el Sistema de Control Interno, con seguimiento y reporte de casos al Comité de Control Interno, la Gerencia y los entes de control pertinentes.

ACTORES DE LA POLÍTICA

- **Gerencia General:** Liderar la implementación de esta política, asignar recursos y garantizar el cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas.

- **Comité de Control Interno:** Analizar casos reportados, hacer seguimiento a los riesgos de fraude y recomendar acciones de mejora.

- **Auditoría Interna:** Ejecutar auditorías con enfoque antifraude, proponer controles y realizar seguimiento a recomendaciones.

- **Coordinadores y Jefes de Área:** Supervisar la ejecución de procesos bajo su cargo con enfoque preventivo, identificar alertas y fomentar la cultura de integridad.

- **Todos los colaboradores y terceros:** Actuar con ética, reportar cualquier hecho sospechoso de manera oportuna y respetar las disposiciones establecidas en esta política.

5.5.24. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

La **CLÍNICA LOS ROSALES S.A.**, comprometida con los procesos de humanización en los servicios de Salud, cree en la importancia de brindar a los usuarios, sus familias y talento humano, un trato digno, respetuoso, y confidencial, enmarcado en un concepto de respeto por los derechos en salud para propender por el bienestar de la población.

Comprendemos que los servicios a los cuales va dirigida nuestra esencia es hacia seres humanos, en este sentido, no solo es importante la estandarización de procesos, sino el enlace que se genera con los procesos de comunicación, atención centrada en el usuario, empatía, respeto, trabajo en equipo y cultura organizacional.

En el marco de la atención centrada en los usuarios, la Clínica Los Rosales, alineada con la Política Nacional de Humanización tiene en cuenta los siguientes objetivos:

- Fomentar una cultura de atención cálida y solidaria con el paciente y su familia.
- Desarrollar actividades que faciliten a los usuarios, familias y funcionarios procesos de atención humanizados.
- Propender por un ambiente laboral cómodo, en el que todos los colaboradores se sientan respetados y valorados como miembros de la Clínica Los Rosales.
- Promover el mejoramiento continuo de instalaciones para mejorar la comodidad y la seguridad de los pacientes y sus familias.
- Establecer estrategias y programas tendientes a la humanización en servicios de salud.
- Gestión del talento Humano en actividades direccionadas a la gestión de la atención centrada en los pacientes y sus familias.

6. DEFINICIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO

La construcción del Código de Ética y Buen Gobierno de Clínica Los Rosales S.A. se realizó a partir de una revisión de la planeación estratégica institucional, la normatividad vigente y los indicadores de gestión, como la satisfacción de los usuarios y el comportamiento de las peticiones, quejas y reclamos. Estos elementos permitieron establecer lineamientos éticos que reflejan los valores de la Institución y orientan la conducta de todos los colaboradores.

El contenido del Código fue compartido con los líderes y coordinadores de las distintas áreas para su análisis y retroalimentación, facilitando así su comprensión y apropiación en cada nivel de la Clínica. Una vez consolidado y ajustado, el documento fue aprobado por la gerencia para su aplicación en toda la institución.

6.1. LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO

El comportamiento de cada uno de los funcionarios debe estar siempre enmarcado en el principio del interés general, como la posibilidad de alcanzar una verdadera ética de la responsabilidad por el ejercicio, conductas que sean legitimadas e identificadas por su eficiencia y transparencia con los usuarios. A continuación, se presentan los lineamientos deseables en el comportamiento de estos:

6.1.1. PARA LOS DIRECTIVOS

Teniendo en cuenta la responsabilidad que se deriva del liderazgo ético, los directivos de la Institución deberán entre otras cosas:

- Promover al interior de la Institución los valores y principios éticos.
- Liderar permanentemente acciones que propicien una cultura organizacional acorde con los lineamientos plasmados en el presente Código.
- Generar canales que permitan la comunicación entre las diferentes unidades funcionales y los niveles jerárquicos.
- Fomentar la cultura de transparencia en los procesos de contratación, en procura de establecer una relación con contratistas y proveedores basada en los valores institucionales.
- Dar ejemplo sobre la aplicabilidad de los principios éticos del presente Código, tanto en las relaciones internas como en las actuaciones frente a terceros.
- Observar constantemente el cumplimiento de este Código por parte de los funcionarios a cargo.
- Promover el desarrollo personal e institucional.

6.1.2. PARA TODOS LOS FUNCIONARIOS

Partiendo del papel que desempeña cada uno de los funcionarios de la institución, para el fortalecimiento de una cultura ética acorde a los lineamientos planteados en este Código, el funcionario de la Clínica Los Rosales S.A deberá:

- Conocer, poner en práctica los principios, políticas y conductas consignadas en este documento.
- Comunicar al jefe inmediato cualquier conducta en la que pueda observarse desvíode los lineamientos dados por este Código.
- Propender por un ambiente que fortalezca el desarrollo de los principios y valores.
- Prestar un servicio de acuerdo con la aplicación de los valores y principios definidos al interior de la institución.

6.1.3. GRUPOS DE INTERÉS

Clínica Los Rosales S.A. reconocerá los derechos de los grupos de interés estipulados por la ley, los estatutos y este Código. La Clínica identifica como grupos de interés la comunidad de influencia que está integrada por:

- **Usuarios y sus Familias:** Los usuarios son la razón de ser de **LA CLINICA LOS ROSALES S.A** y por ello sus familias también son consideradas importantes, con ellos deben establecerse relaciones respetuosas y cordiales, para satisfacer sus necesidades reales, sin perjuicio de la compensación por el servicio prestado y delas acciones de resarcimiento a que haya lugar por circunstancias excepcionales. La Clínica define los Derechos y Deberes de los Usuarios y sus Familias política a través de la cual se rigen las actuaciones entre los integrantes de la Institución y los usuarios y sus familias que asisten a la misma, según el decálogo institucional de Derechos y Deberes de los Usuarios y Familias.
- **Proveedores: LA CLINICA LOS ROSALES S.A** realizará las contrataciones a partir de la selección objetiva de proveedores en donde los criterios básicos sean la eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, y calidad. Para ello la Clínica tiene definido el Procedimiento de selección y evaluación a proveedores.
- **Acreedores: LA CLINICA LOS ROSALES S.A** responderá frente a sus acreedores cumpliendo sus obligaciones con estos en la forma convenida en los acuerdosespecíficos.

- **Organismos de Vigilancia y Control: LA CLINICA LOS ROSALES S.A** responderá frente a los organismos reguladores, de control y vigilancia que tengan competencia sobre la actividad social y económica de la misma.

- **Funcionarios: LA CLINICA LOS ROSALES S.A** adoptará mecanismos para garantizar que el personal que preste servicios sea calificado se encuentre motivado y propenderá por la implementación de capacitaciones acordes, promoviendo una sana conducta.

- **La Sociedad: LA CLINICA LOS ROSALES S.A** garantizará a la Sociedad que ha adoptado mecanismos que le permitan cumplir con su función social de una manera eficiente y transparente.

6.1.4. INTERACCIÓN ENTRE LA INSTITUCIÓN, LOS USUARIOS Y CLIENTE INTERNO

Transparencia, buen manejo de recursos.

- Todo el personal debe velar por el buen uso y optimización de recursos de la institución.

- El mal uso de los recursos se entenderá como una falta grave contemplada en el capítulo XIX, Art 62 Numeral c del reglamento de trabajo.

- Los órganos de administración de la institución velarán por la transparencia en las contrataciones celebradas con terceros y en el manejo financiero de la Institución.

Relaciones entre sí y con terceros.

- Toda relación que afecte la Institución bien sea dentro o fuera de ella, deberá estar determinada por la aceptación de la buena fe, la honestidad y la cortesía, amabilidad, respeto. Todo el personal de la Institución debe utilizar un lenguaje apropiado dentro de las instalaciones de esta.

Revisión de pertenencias al ingreso y salida de la institución

Con el fin de garantizar la seguridad de la Institución y los usuarios, se revisarán las pertenencias a todas las personas al ingreso y salida de la institución.

Protección de datos

La Clínica Los Rosales S.A., en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables sobre protección de datos personales, informa que ha recolectado y tratado información personal de todas las personas que mantienen algún tipo de vínculo con la institución, tales como funcionarios, contratistas, prestatarios de servicios, proveedores y demás terceros relacionados.

El tratamiento de estos datos tiene como finalidad facilitar el desarrollo de las actividades administrativas, contractuales, laborales, comerciales y operativas de la Clínica. Esto incluye, entre otros, el cumplimiento de obligaciones legales, el reporte de novedades a la seguridad social, pagos, liquidaciones, gestión de contratos, autorizaciones de ingreso, control de acceso y demás trámites necesarios para el funcionamiento institucional.

Los datos recolectados pueden incluir, entre otros: nombre completo, número de identificación, datos de contacto, formación académica, información contractual, financiera o laboral, según el tipo de relación con la entidad.

En caso de que el titular de los datos personales desee que su información sea eliminada de nuestras bases de datos, podrá solicitarlo de manera expresa y por los canales habilitados. De no recibir manifestación en contrario, se entenderá otorgada la autorización para continuar con el tratamiento de los datos conforme a las finalidades aquí descritas.

6.1.5. ATENCIÓN DE LOS USUARIOS

Durante el proceso de atención todos los funcionarios velarán por el cumplimiento de los Derechos y Deberes de los Usuarios y sus Familias y demás Políticas Institucionales. El personal se presentará a los usuarios informándoles su nombre, cargo y funciones dentro del proceso. Aclararán las dudas manifestadas por los mismos o las dirigirán al personal correspondiente. Es responsabilidad de todos los funcionarios de la institución administrativos y asistenciales saludar amable y respetuosamente al usuario y su familia y direccionarlo en forma adecuada según sus necesidades, para ello todo el personal deberá conocer el proceso de atención.

El personal se dirigirá a los usuarios por su nombre precedido de calificativos como (señor, señora, señorita, joven, niño, niña), no se utilizarán diminutivos y expresiones afectuosas como abuelita, amor, mami, entre otros.

El personal garantizará confidencialidad en la información suministrada a ellos. Al realizar la admisión para atención de urgencias, en caso de urgencia vital, y en los casos en donde el usuario no quiera ser identificado primará la atención de la urgencia vital y se dará posteriormente información a las autoridades competentes según el caso. Así mismo, el usuario podrá determinar si desea que se le brinde información a su familia o no.

Para el traslado de usuarios se usará el ascensor asignado velando por el cuidado en los temas de conversación durante el traslado.

Durante la entrega de turno se garantizará la confidencialidad de la información dando cumplimiento al procedimiento de entrega de turno. Se asegurará privacidad en la realización de procedimientos asistenciales.

Se garantizará dignidad en la atención evitando tratos discriminatorios a usuarios conpatologías que requieran aislamiento.

En caso de investigaciones se informará y solicitará consentimiento para la participación al usuario.

- **Seguridad a los usuarios**

Es deber de la institución velar por la seguridad de los usuarios con el fin de disminuir los riesgos clínicos en la prestación del servicio, como se define en la Política de Seguridad del Paciente.

- **Cuidado de pertenencias de los usuarios**

Todo el personal debe velar por el cuidado de las pertenencias de los usuarios, llevando estricto seguimiento a los elementos de cadena de custodia pertenencias de los usuarios, garantizando cumplimiento al procedimiento establecido, hasta la entrega de elementos a la Fiscalía General de la Nación, Unidad de Reacción Inmediata, cuando aplique.

- **Información al usuario y su familia**

Al ingreso del usuario se solicitará el nombre del acudiente o familiar autorizado para recibir información. De esta forma se evitarán dificultades con los usuarios. No se dará información telefónica en ningún servicio a excepción de información general de la institución, según el Procedimiento de Información al Usuario y su Familia.

Todo el personal asistencial brindará información de los procedimientos a realizar y diligenciará consentimiento informado según Procedimiento Consentimiento Informado. Para los casos en los que los usuarios no acepten la realización de procedimientos se diligenciará el Desistimiento informado según procedimiento.

6.2. INDICIOS DE ATENCIÓN INSEGURA Y EVENTOS ADVERSOS

Todo el personal de la institución debe reportar cualquier indicio de atención insegura (IAI) o evento adverso detectado, para que la Clínica implemente medidas preventivas y correctivas oportunas para evitar nuevas dificultades. En caso de establecerse omisión en el suministro de información, se tomarán medidas disciplinarias establecidas en el reglamento interno de trabajo y de acuerdo con el Programa Institucional de Seguridad del Paciente.

6.3. ELABORACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SUMINISTRO DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

- **Responsabilidad del personal**

Todos los funcionarios serán responsables del cumplimiento de las políticas, normas, procedimientos y estándares establecidos para uso de hardware, intranet, redes y centralde paso, que buscan garantizar la seguridad de la información.

- **Responsabilidad en manejo de la información.**

Es responsabilidad de todos los funcionarios de CLÍNICA LOS ROSALES S.A. velar por la veracidad, integridad, seguridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos y porque la información sea elaborada, generada, operada, modificada, almacenada, conservada, transportada, accedida, divulgada o destruida, de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos.

La información confidencial y la jerarquía de los funcionarios han de emplearse de manera acorde con su naturaleza y carácter, y ningún empleado podrá aprovecharse de ellas para obtener ventajas o beneficios para sí o para terceros, ni ejercer tráfico de influencias con ellas.

La circulación de “rumores o comunicaciones informales” es un comportamiento contrario a la cultura de la Institución y a la dignidad de las personas que afecta, el adecuado manejo de la información y de la comunicación; por tanto, es obligación brindar, un trato digno, respetuoso y cordial.

Para evitar la divulgación o mal uso de la información se le encomienda al personal acatar las siguientes reglas:

- Mantener la debida reserva y protección, en todo momento, de los documentos de trabajo y de la información confidencial que esté a su cuidado.

- No comentar temas relacionados con información de usuarios, proyectos de la CLINICA con personal ajeno a ésta, incluyendo amigos y parientes y menos aún en lugares donde se encuentren terceros.

- Los negocios que comprometan información confidencial y que se realicen en las oficinas de La CLINICA se deberán tratar fuera del alcance del personal no responsable de los mismos.

- Toda solicitud de información por parte de terceros, (comunidad, competencia) será direccionada a la Unidad Funcional Sistemas de información para el debido trámite. A su vez la información generada cumplirá criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia.

- Toda solicitud de entidad competente (estado, fiscalía) será direccionada a la unidad funcional de Desarrollo Humano, quien se encargará del debido trámite ante el área involucrada.

6.4. MEDIOS INTERNOS DE COMUNICACIÓN

La **CLINICA LOS ROSALES,** cuenta con el Procedimiento Comunicación Interna donde se establecen los mecanismos de comunicación de la Institución, dentro de los cuales se encuentran el correo interno, Intranet, Pagina Web, carteleras, Visoporte, Internet, comités, entre otros.

Adicionalmente, la Clínica Los Rosales S.A. cuenta con el Procedimiento de Inducción y Reinducción Empresarial, cuyo propósito es facilitar la adaptación de las personas recientemente vinculadas al entorno laboral, brindándoles información sobre los lineamientos institucionales y las funciones del cargo. Asimismo, busca actualizar a los colaboradores sobre cambios, transformaciones y nuevos servicios que se presenten en la Clínica.

6.5. ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO

Los procesos de selección, contratación, remuneración, promoción, y desvinculación del personal, serán, en todo caso, acordes con prácticas administrativas adecuadas a la naturaleza de la Institución, que se inspiran en el reconocimiento y respeto por el SER HUMANO como ser integral, en desarrollo permanente y en búsqueda de su crecimiento.

La Unidad Funcional de Desarrollo Humano velará en forma permanente por el fortalecimiento de la cultura Organizacional, facilitando procesos funcionales de asesoría, apoyo y comunicación para el análisis y la eficiente toma de decisiones y para el establecimiento de las relaciones de las personas con la Institución. Respecto a sus colaboradores, los coordinadores y líderes de equipos de trabajo tienen la responsabilidad de garantizar y realizar el entrenamiento y fomentar su desarrollo y crecimiento laboral, profesional y personal, con la asistencia, asesoría y acompañamiento de Desarrollo Humano.

Las responsabilidades y funciones asignadas a todos los empleados, así como las competencias cognitivas, personales y laborales que estos deben acreditar, se establecen previamente a la asignación o provisión del cargo y se consignan en los respectivos perfiles.

Cada colaborador deberá conocerlas y podrá consultarlas con el coordinador de la unidad funcional a la que pertenezca. Cada una de estas dimensiones podrá ser revisada y actualizada cuando las condiciones lo ameriten.

Los cargos de dirección, manejo y confianza están sometidos a las previsiones legales y así se establecerá en los respectivos perfiles y manuales de administración, determinando claramente los niveles de autorización y asegurando su responsabilidad con las pólizas de manejo y riesgos, de conformidad con la Política de seguros de la Institución.

Se realizará evaluación de desempeño al personal de la institución vinculado por nómina, la que se efectuará en forma periódica según el Procedimiento Evaluación de Desempeño. Para los contratistas vinculados por contrato de prestación de servicios u otra clase de contrato civil, se realizará evaluación periódica al cumplimiento de las condiciones contractuales.

- **Presentación personal de funcionarios:**

El personal asistencial debe velar por su buena presentación, utilizando el uniforme institucional y dando cumplimiento a las normas de bioseguridad de la Institución, dando cumplimiento a la Ley 70 de 1978.

Los especialistas adscritos deberán llevar bata médica al ingreso a los servicios durante las valoraciones a los pacientes al igual que los auditores médicos de la Institución.

El personal administrativo portará el uniforme establecido según el cargo; para los cargos directivos se velará por una presentación personal adecuada. Todo el personal administrativo que ingrese a las áreas asistenciales deberá cumplir con las normas de bioseguridad definidas para cada servicio.

- **Comportamiento Ético y Moral de los Profesionales de La Salud**

Los profesionales de la salud, vinculados a la planta o adscritos a la CLINICA deberán conocer, y practicar los Códigos Éticos Médico, Ley 23 de 1981, Código de ética de enfermería, Ley 266 de 1996 o aquellas normas que las sustituyan o complementen; y someterse a los mismos en caso de incurrir, voluntaria o involuntariamente, en errores o deficiencias durante el ejercicio de la profesión.

- **Derecho a disentir y deber de denunciar**

Con responsabilidad, cordialidad y en forma constructiva, los integrantes de la Institución podrán disentir y deberán denunciar los hechos que vayan en contra de los valores e intereses de la Institución y hacer conocer de su superior inmediato o de quien tenga la responsabilidad de intervenir, aquello que encuentre en disconformidad con los principios éticos o atente contra la moral y la ley. Todos los funcionarios de la institución están en la obligación de reportar eventos adversos relacionados con la

prestación del servicio en aras de garantizar la implementación de acciones de mejoramiento que permitan brindar seguridad a los usuarios.

- **Eventos y celebraciones de la institución**

Al asistir a eventos, reuniones o actividades lúdicas institucionales, es deber de todos los empleados de **LA CLINICA** conservar un comportamiento socialmente aceptable y apropiado a cada ocasión. La conducta social debe ser testimonio de vida personal, rectitud e integridad, según el Procedimiento Bienestar Laboral.

6.6. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La **CLÍNICA** dispondrá de una matriz de riesgos para todas sus dependencias y deberá mantenerla actualizado con la asesoría permanente de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL). En desarrollo de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo se dispondrá de un Comité Paritario, conformado de acuerdo con las normas legales.

6.7. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

La **CLÍNICA** asume la responsabilidad que tiene con la protección y conservación del medioambiente.

Para ello cumplirá con la legislación ambiental vigente generando en sus empleados valores ecológicos que garanticen una relación armónica entre el hombre y la naturaleza, conforme al Compromiso Ambiental Institucional y al Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.

6.8. PRINCIPIOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL

La Clínica Los Rosales S.A, está comprometida con la comunidad en general para lo cual establece los mecanismos necesarios para que los usuarios participen en seguimiento a la gestión de la institución.

Compromiso con la Comunidad:

La Clínica se encuentra comprometida a través de la Unidad funcional de Atención al Usuario atender los requerimientos de los usuarios y sus familias de manera eficiente, oportuna y con calidad. Lo anterior buscando incrementar los niveles de satisfacción de los Usuarios, centralizando y unificando la información lo cual debe ser concordante con las políticas de comunicación e información**.**

Atención de Reclamos, sugerencias y felicitaciones:

La Clínica cuenta con una oficina de atención al usuario, en donde la comunidad podrá presentar reclamos, sugerencias, felicitaciones, solicitudes, consultas e informaciones referentes a la atención en salud u otros temas institucionales; a las cuales se les dará respuesta en los términos dispuestos por la clínica, establecidos en el Procedimiento de Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, que se acogen a la normatividad vigente y a los acuerdos contractuales. Así mismo se cuenta con buzones destinados para dicho fin en los diferentes servicios asistenciales.

7. PROCEDIMIENTO DE SOLUCIÓN Y MANEJO DE CONFLICTOS

- **Conflictos entre los empleados:**

Los conflictos deberán entenderse como una oportunidad para el crecimiento personal e institucional y tratarse con madurez, prudencia, claridad y respeto, evitando el distanciamiento entre los integrantes del equipo, utilizando una comunicación efectiva llegando a acuerdos para el mejoramiento de las relaciones en los equipos de trabajo.

La solución de conflictos que surgen por faltas al Reglamento Interno de Trabajo, Código de Ética y Buen Gobierno y al Código Sustantivo de Trabajo se realiza aplicando el Procedimiento Investigaciones Disciplinarias Institucional, en donde se realiza investigación disciplinaria, se realizan descargos, se analiza el caso y se toma una decisión la cual es notificada al funcionario, se pactan compromisos. Los casos que sean de gravedad serán llevados al comité de ética.

Así mismo, cumpliendo con las Resoluciones Número 652 y 1356 ambas de 2012, se cuenta con Comité de Convivencia Laboral, compuesto por número igual de representantes del empleador y de los trabajadores, el cual tiene una periodicidad de dos años y tiene como función principal la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, siendo el comité el encargado de dar trámite a las quejas que se presenten en las cuales se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, de igual forma examinará de manera confidencial los casos, escucha a las partes involucradas, adelanta reuniones para crear espacios de diálogo, formula planes de mejora y realiza seguimiento a compromisos.

- **Conflicto con usuarios y familias:**

En los casos en que se presenten agresiones entre empleados y usuarios y/o familiares seaplicará el Procedimiento Investigaciones Disciplinarias Institucional.

8. SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN ÉTICO Y POLÍTICA DEL BUEN GOBIERNO

8.1. VALIDACIÓN DEL CLIMA ÉTICO

La Clínica tiene establecida la medición periódica del clima laboral en donde se incluyen aspectos relacionados con el clima ético de la Institución. Esta evaluación se realiza cada dos años o antes si se modifican las condiciones de la Institución. La medición está a cargo del proceso de Desarrollo Humano quien, como integrante del comité de conducta y buen gobierno, es responsable de la presentación del informe y la gestión para la generación de estrategias de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos, basándose en el Procedimiento de medición Clima Organizacional Institucional.

Así mismo a partir de la Resolución 2646 de 2008, la Clínica realiza la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de la exposición a factores de riesgo en el trabajo, a través de la aplicación de baterías de riesgo psicosocial a sus trabajadores.

8.2. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A LAS NORMAS AUTOIMPUESTAS

8.2.1. SEGUIMIENTO A LOS NORMAS CLIENTE INTERNO

El director de Desarrollo Humano es el encargado de realizar el seguimiento al cumplimiento del código de ética y buen gobierno por parte de todos los funcionarios de la Institución; gestionar la oportunidad y adecuada realización de las evaluaciones de desempeño por parte de los coordinadores de unidad funcional y líderes de grupo, vigilar el cumplimiento de las estrategias de mejoramiento generadas en las evaluaciones y liderar el proceso de investigación disciplinaria.

8.2.1.1. Evaluación para el desempeño

El objetivo de la evaluación de desempeño es garantizar el cumplimiento a las normas autoimpuestas en el código de ética y buen gobierno al igual que el cumplimiento de funciones específicas por cargo, identificando fortalezas y debilidades de cada empleado, necesidades de entrenamiento y potencialidades de desarrollo.

Se realiza a través de una apreciación sistemática del desempeño de cada persona en función de las actividades que desarrolla, las metas y resultados que debe alcanzar y su potencial de desarrollo y adherencia al cumplimiento de las disposiciones institucionales donde se incluye el código de ética y buen gobierno con una periodicidad anual. De acuerdo con la calificación obtenida se implementan acciones tal y como está definido en elProcedimiento Evaluación de Desempeño.

8.2.1.2. Seguimiento por parte del jefe inmediato

Mediante instrumentos como seguimiento al desempeño (anecdotario) en donde es posible registrar permanentemente las actuaciones de los funcionarios, o el sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones, quienes tienen personal a cargo pueden realizar seguimiento al desempeño de sus colaboradores e implementar acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos. Cuando se evidencie incumplimiento grave establecido dentro del Reglamento Interno de Trabajo, o al presente código, se realiza investigación disciplinaria a cargo del proceso de Desarrollo Humano, este seguimiento se realiza permanentemente con el fin de detectar oportunamente incumplimientos al presente código, según el Procedimiento Investigaciones Disciplinarias Institucional.

8.2.2. SEGUIMIENTO A LOS NORMAS CLIENTE EXTERNO

Es responsabilidad del Director Administrativo y Financiero, Director médico y Gerente (según el caso) liderar el seguimiento al cumplimiento del código de ética y buen gobierno por parte de las aseguradoras contratantes y los proveedores de la Institución. Los incumplimientos pueden ser detectados en la evaluación anual o en el transcurso de la relación contractual.

Como integrante del comité de ética de la Institución expone los hallazgos del seguimiento para el comité defina acciones correspondientes.

8.2.2.1. Evaluación de proveedores

Para los contratistas vinculados por contrato de prestación de servicios o cualquier otro tipo de contrato civil, se realizará evaluación anual al cumplimiento de las condiciones contractuales, de acuerdo con el Procedimiento de selección y evaluación a proveedores. Los incumplimientos detectados en el procedimiento de evaluación son analizados en el comité de ética donde se definen las acciones correspondientes.

9. COMITÉ DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO

La Clínica los Rosales siguiendo principios de transparencia, ética y cumplimiento normativo crea el comité de conducta y buen gobierno

Marco normativo de referencia

- Ley 1438 de 2011 – Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1474 de 2011 – Anticorrupción.
- Decreto 1083 de 2015 – Código de Integridad para entidades públicas.
- Manual de Acreditación en Salud (ICONTEC / Ministerio de Salud) – Requiere evidencias de buen gobierno.
- Circular Externa 100-000016 de 2020 – Recomendaciones de la Superintendencia de Sociedades sobre programas de ética empresarial.

Composición

- Gerente
- Director Talento Humano
- Director Administrativo y Financiero
- Director Medico
- Jefe Jurídico
- Jefe de calidad
- Profesional de seguridad del paciente

Nota: Los miembros deben firmar actas y tener compromiso de confidencialidad.

Funciones del comité

- Promover la cultura ética y de cumplimiento dentro de la IPS.
- Definir y actualizar el Código de Ética y Buen Gobierno.
- Canalizar, investigar y recomendar decisiones sobre faltas éticas.
- Monitorear la aplicación del código de conducta.
- Emitir conceptos ante conflictos de interés.
- Revisar el comportamiento organizacional con base en principios de integridad, legalidad y equidad.
- Realizar informes periódicos a la dirección o junta directiva.
- Proponer acciones correctivas o sancionatorias, cuando aplique.

Documentos esenciales

- Código de Ética y Buen Gobierno.
- Actas de reuniones.
- Formatos para recepción de denuncias o quejas.

Frecuencia de reuniones

- Ordinarias: semestrales.
- Extraordinarias: A solicitud del gerente o ante un caso relevante.

Buenas prácticas del comité

- Establecer un canal ético confidencial y seguro.
- Realizar capacitaciones periódicas sobre el Código de Ética.
- Tener un sistema de seguimiento y control de los casos analizados.
- Mantener trazabilidad documental.

10. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL A DIRECTIVOS

10.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN

10.1.1. ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS

Conforman la asamblea general de accionistas los accionistas inscritos en el libro de registro de acciones por sí mismos o representados por sus apoderados o por sus representantes legales, reunidos en un quórum y en las circunstancias previstas en los estatutos.

- **Reunión Ordinaria:** La reunión ordinaria de la Asamblea se efectuará anualmenteen el curso de los tres (3) primeros meses del año, con el fin de examinar la situación de la sociedad, designar los administradores y demás funcionarios de su elección, determinar la orientación económica de la compañía, considerar las cuentas y el balance del último ejercicio, resolver sobre la distribución de utilidades acordar todas las providencia necesarias para asegurar el cumplimiento del objeto social. La fecha de la reunión será fijada por la Junta Directiva y la convocatoria por orden de esta, se hará por el Gerente.

- **Reuniones Extraordinarias:** Las reuniones extraordinarias se efectuarán cuando lo exijan las necesidades imprevistas o urgentes de la compañía, por convocatoria dela Junta Directiva, del Gerente o Revisor Fiscal, bien a iniciativa propia o por solicitud obligatoria de accionistas que representen no menos de la quinta parte (1/5) de las acciones suscritas. En estas reuniones la Asamblea no podrá ocuparse de temas no incluidos en el orden del día inserto en el aviso de convocatoria, salvo por decisión del setenta por ciento (70%) de las acciones representadas en la reunión, y una vez agotado el orden del día.

- **Convocatoria**

La convocatoria se efectuará mediante citación personal cuya copia deberá firmar cada uno de los accionistas, o mediante carta enviada a la dirección de cada accionista que se haya registrado en la Secretaría de la compañía, o mediante aviso publicado en un diario de amplia circulación en el domicilio principal de la sociedad. Para las reuniones en que haya de examinarse balances de fin de ejercicio, la convocatoria se hará por lo menos con quince (15) días hábiles de anticipación. Para los demás casos, bastará la antelación de diez (10) días calendario. Para el cómputo de estos plazos se descontarán el día en que se comunique la convocatoria y el de la reunión. En el aviso o citación para las reuniones extraordinarias se indicarán necesariamente los asuntos sobre los que deliberará la asamblea.

Reuniones sin convocatoria: La asamblea podrá reunirse en cualquier sitio, deliberar y decidir válidamente, sin previa convocatoria, cuando estén representadas la totalidad de las acciones suscritas.

- **Poderes**

Los poderes para representar acciones en la Asamblea de Accionistas se otorgarán por escrito, en los que se indique el nombre del poderdante, de su apoderado y en caso de ser necesario, de la persona a quien éste último sustituye el poder y la fecha de reunión para la cual se confiere. La representación no podrá conferirse a una persona jurídica, sino cuando se otorgue en desarrollo del negocio fiduciario. Salvo manifestación en contrario del poderdante, el poder conferido para una determinada reunión de la Asamblea deberá ser suficiente para representar al mandante en las reuniones sucesivas que sean consecuencia o continuación de aquella. El poder otorgado por escritura pública o por documento legalmente reconocido podrá comprender dos o más reuniones de la Asamblea de Accionistas.

Mientras estén en el ejercicio de sus cargos, el gerente, los miembros de la Junta Directivay los empleados de la sociedad no podrán asumir poderes para representar acciones ajenas, ni sustituir los poderes que se les confieren.

- **Quórum**

Constituirán el quórum para deliberar, un número plural de personas que representen, porlo menos, la mayoría absoluta de las acciones suscritas a la fecha de reunión. Si por faltade quórum no pudiese reunirse la Asamblea, se convocará a una segunda reunión que deberá efectuarse no antes de diez (10), ni después de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha fijada para la primera reunión. En la reunión de segunda convocatoria, formarán quórum una pluralidad de personas, cualquiera que sea el número de accionesque representen.

- **Funciones**

Corresponde a la Asamblea de Accionistas:

- Acordar la fusión de la sociedad, su transformación la enajenación o el arrendamiento de la empresa social, la disolución anticipada o la prórroga, y cualquier ampliación o modificación del contrato social.

- Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deben rendir los administradores anualmente, o cuando lo exija la Asamblea.

- Considerar los informes de la Junta Directiva y el Gerente sobre la situación económica y financiera de la compañía y sobre el estado de los negocios sociales,y el informe del Revisor Fiscal.

- Disponer de las utilidades que resulten conforme al balance general aprobado porella, con sujeción a las disposiciones legales y a las normas de estos estatutos.En ejercicio de esta distribución podrá crear o incrementar reservas especiales, determinar su destinación especifica o variar ésta, y fijar el monto del dividendo, así como la forma y plazo en que se paga, dentro del término fijado en la ley.

- Elegir y remover libremente a los miembros de la Junta Directiva, al Revisor Fiscal, y a sus respectivos suplentes, y fijar la forma o cuantía de su retribución.

- Designar, en caso de disolución de la Sociedad uno o varios liquidadores, y un suplente por cada uno de ellos, removerlos, fijar su retribución e impartirle las órdenes e instrucciones que demande la liquidación, y aprobar sus cuentas.

- Ordenar las acciones legales que correspondan contra los administradores, funcionarios directivos o el Revisor Fiscal.

- Disponer la colocación de acciones de reserva y determinar las bases de la reglamentación que para el efecto debe expedir la Junta Directiva.

- Autorizar la adquisición de acciones propias, con sujeción a los requisitos establecidos por la ley.

- Autorizar la constitución de sociedades filiales o subsidiarias para el desarrollo de actividades o negocios comprendidos dentro del objeto social, conforme al Artículo 4º de los estatutos, y autorizar los correspondientes aportes en dinero, en bienes o en servicios, proponer la liquidación de tales sociedades y disponer la enajenación de las cuotas sociales, derechos o acciones en ellas.

- Adoptar, en general, todas las medidas que reclamen el cumplimiento de los estatutos o el interés de la sociedad.

- Las demás que les señalen la ley a los estatutos y las que no correspondan a otro órgano social.

10.2. ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN

La administración de la Sociedad está conformada por la Junta Directiva y la Gerencia.

10.2.1. JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva es el máximo órgano administrativo de la Clínica Los Rosales, cuya función principal es determinar las políticas de gestión y desarrollo de la Sociedad, así como vigilar que el equipo ejecutivo cumpla y se ajuste a las mencionadas políticas.

- **Elección**

La Junta Directiva la integran cinco (5) miembros principales, elegidos por la Asamblea General de Accionistas para periodos de un (1) año, sin perjuicio de que puedan ser removidos libremente por la Asamblea o reelegidos indefinidamente, Simultáneamente con la elección de los principales, la Asamblea elegirá cinco (5) suplentes personales, loscuales reemplazarán a los principales en sus faltas absolutas o temporales.

Cuando la elección de principales y suplentes se hubiese efectuado con base en más de una lista, los suplentes reemplazarán a los principales elegidos por la misma lista. Al efectuar la elección de los miembros principales y suplentes, la Asamblea de Accionistas determinará de acuerdo con los resultados del escrutinio el orden de precedencia de unosy otros, teniendo en cuenta que los suplentes son personales.

Renovación Parcial: los miembros principales y los suplentes podrán ser removidos libremente por la Asamblea en cualquier tiempo, pero no podrán ser reemplazados en elecciones parciales sin proceder a nueva elección por sistema de cuociente electoral, a menos que las vacantes se provean por unanimidad de los votos correspondientes a las acciones representadas en la reunión.

La Junta Directiva nombrará entre sus miembros principales un presidente para periodo igual al de su mandato, quien presidirá las reuniones. En ausencia del presidente, las reuniones serán presididas por otro de los miembros asistentes a la reunión, en el orden de su designación, el Gerente concurrirá a las reuniones de la Junta y tendrá voz, pero novoto. Sin embargo, el Gerente podrá ser a l mismo tiempo, miembro de la Junta Directiva y, en tal caso, cuando actuare como principal tendrá derecho a voto, pero no percibiráretribución especial por su asistencia a las reuniones.

- **Reuniones**

La Junta Directiva se reunirá, por lo menos, trimestralmente, y deberá reunirse además cuantas veces así lo disponga la misma Junta, o cuando sea citada por el presidente, porel Gerente, por el Revisor Fiscal o por tres (3) de sus miembros que actúen como principales. Las reuniones se efectuarán en el domicilio social o en el lugar que, para casos especiales, acuerde la misma Junta.

- **Quórum**

La Junta Directiva podrá deliberar y decidir válidamente con la presencia y con los votosde la mayoría de sus miembros, salvo en los casos en que los estatutos o leyes exijan una mayoría especial.

- **Funciones**

En la Junta Directiva se entiende delegado el mandato para administrar la sociedad y, por consiguiente tendrá atribuciones para ordenar que se ejecute o celebre cualquier acto o contrato comprendido dentro del objeto social y para adoptar las determinaciones necesarias en cumplimiento de los fines de la sociedad y, de manera especial tendrá las siguientes funciones:

- Reglamentar la colocación de acciones en reserva, de acuerdo con los requisitos legales y las normas de estos estatutos; fijar el valor de los aportes en especie cuando la sociedad reciba bienes diferentes de dinero para el pago de la suscripción de acciones, excepto cuando se trate de acciones de industria.

- Convocar a la Asamblea de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinariamente siempre que lo exijan las necesidades imprevistas o urgentesde la sociedad o lo soliciten accionistas que representen no menos de la quinta (1/5) parte de las acciones suscritas.

- Crear los empleos que juzgue necesarios para la buena marcha de la empresa, señalar sus funciones, fijar sus asignaciones o la forma de su retribución, nombrar y remover libremente a los empleados de la sociedad, excepto aquellos cuyo nombramiento o remoción corresponda a la Asamblea de Accionistas.

- Nombrar y remover libremente al Gerente y fijar su remuneración.

- Considerar y analizar los balances de prueba, lo mismo que aprobar previamente el Balance General de fin de ejercicio, el informe de la administración y el proyecto sobre distribución de utilidades o cancelación de pérdidas que debe presentar a la Asamblea General en sus reuniones ordinarias.

- Disponer el establecimiento o la cláusula de sucursales o agencia, dentro o fuera del domicilio social.

- Fijar las políticas de la sociedad en los diferentes órdenes de sus actividad, especialmente en materia financiera, económica y laboral; aprobar planes de inversión de producción; decidir sobre nuevas líneas de producción y venta; establecer normas Generales en materia de precios y de ventas de los productos elaborados por la sociedad o de los materiales y demás elementos que ella negocia; y dictar normas para la Institución y funcionamiento de las dependencias de la sociedad.

- Determinar la aplicación que deba darse a las utilidades que, con el carácter de reservas de inversión, hayan sido apropiadas por la Asamblea de Accionistas parael aprovechamiento de incentivos establecidos por las leyes fiscales.

- Autorizar previamente las operaciones que tenga por objeto:

- Adquirir, hipotecar y en cualquier forma gravar o limitar el dominio de bienes raíces, cualquiera que sea su cuantía.

- Constituir prendas sobre los bienes sociales o darlos en anticresis; hacer inversiones en bienes de capital o efectuar reparaciones o mejoras de estos sin límite de cuantía.

- Celebrar contratos de suministro en que la compañía actúe como proveedora o beneficiaria, u otra clase se contratos que impliquen prestaciones periódicas o continuadas de cosas o servicios, con o sin el carácter de exclusividad.

- Celebrar contratos, sea cual fuere su naturaleza, así como lo relacionado con la adquisición, venta o distribución de productos fabricados o distribuidos por la compañía, la adquisición de materias primas o materiales y el descuento de títulos valores o de créditos originados de las operaciones sociales, los cuales podrá celebrar o ejecutar el Gerente ilimitadamente, sin necesidad de autorización previa de la Junta.

- Autorizar, por vía general, liberalidades, beneficios o prestaciones de carácter extralegal a favor del personal de la sociedad.

- Decidir en caso de mora de algún accionista para el pago de instalamentos pendientes sobre acciones que hubiese suscrito, el arbitrio de indemnización que deba emplearse por el Gerente, entre los varios autorizados por la ley.

- Conceder autorizaciones al Gerente y a los miembros de la Junta Directiva, en los casos y con los requisitos exigidos por la ley, para enajenar o adquirir acciones de la compañía.

- Servir de órgano consultivo y asesor del Gerente, y ejercer las demás funciones que se adscriban en los presente estatutos o en las leyes.

Delegación

La Junta Directiva podrá delegar en el Gerente, cuando lo juzgue oportuno, para casos especiales o por tiempo limitado, alguna o algunas de las funciones enumeradas en el Artículo precedente, siempre que por su naturaleza sean delegables y no este prohibida la delegación.

10.2.2. GERENTE

La administración de la compañía, su representación legal y la gestión de los negocios sociales estarán a cargo de un Gerente. Todos los empleados de la compañía, con excepción de los designados por la Asamblea General de Accionistas y los dependientes del Revisor Fiscal si los hubiese, estarán sometidos al Gerente en el desempeño de sus cargos.

- **Elección**

El Gerente es designado por la Junta Directiva para periodos de un (1) año, reelegible indefinidamente y removible libremente por ella en cualquier tiempo.

- **Funciones**

El Gerente es un mandatario con representación, investido de funciones ejecutivas y administrativas y como tal, tiene a su cargo la representación legal de la compañía, la gestión comercial y financiera, la responsabilidad de la acción administrativa, la coordinación y la supervisión general de la empresa, las cuales cumplirá con arreglo a las normas de estos estatutos y a las disposiciones legales, y con sujeción a las órdenes e instrucciones de la Junta Directiva. Además de las funciones generales antes indicadas, corresponde al Gerente:

- Ejecutar y hacer cumplir los acuerdos y decisiones de la Asamblea General y de laJunta Directiva.
- Nombrar y remover libremente a los empleados de su dependencia, así como a los demás que le corresponda nombrar y remover en ejercicio de la delegación de funciones que para tales efectos pueda hacerle la Junta Directiva.
- Citar a la Junta Directiva cuando lo considera necesario o conveniente, y mantenerla adecuada y oportunamente informada sobre la marcha de los negocios sociales; someter a su consideración los balances de prueba y los demás estados financieros destinados a la administración y suministrarle los informes que ella solicite en relación con la sociedad y con sus actividades.
- Presentar a la Asamblea General de accionistas, en su reunión ordinaria, el informe sobre la forma como haya llevado a cabo su gestión, y las medidas cuya adopción recomiende a la Asamblea.
- Celebrar contratos, actos u operaciones hasta por 1.500 salarios mínimos mensualeslegales vigentes. Para la celebración de contratos, actos u operaciones por cuantía superiores requiere autorización de la junta Directiva.
- Las demás que le confieren los estatutos o la ley.

Evaluación del Gerente

El Gerente será evaluado anualmente por la Junta Directiva, con base en los informes que presente a este órgano sobre el desarrollo de su gestión, basado en indicadores y metasdel Plan Anual de la Sociedad.

10.2.3. DE LOS DIRECTORES

Dentro de la estructura jerárquica de la empresa y dependiendo del Gerente, se encuentran el Director Administrativo y Financiero, y el Director Médico, los cuales participan en la definición de estrategias y políticas corporativas, en la creación de condiciones para el desarrollo y satisfacción integral del talento humano, en asegurar el uso eficiente de los recursos de la Institución, con la aplicación de criterios de costo-beneficio, y son quienes se encargan de comunicar a los coordinadores de las unidades funcionales dependientesde cada dirección la información requerida para el desarrollo de procesos y procedimientos adecuados enmarcados en los lineamientos organizacionales en busca de la satisfacciónde los usuarios y sus familias, para ello realizan verificaciones del cumplimiento e informan al Gerente sobre el desempeño de las mismas.

- **Funciones**

Las descritas en el Manual de Descripciones y Perfiles de Cargo.

10.2.4. DE LOS COORDINADORES DE UNIDADES FUNCIONALES

Como responsables de los servicios y procesos determinadas por la Clínica se encuentran los Coordinadores de Unidades Funcionales, quienes en la estructura jerárquica dependen de las Direcciones, constituyendo el tercer nivel jerárquico. Ver Organigrama

Son los encargados de desarrollar las estrategias de las Direcciones, gestionar la evaluación y el desarrollo integral del talento humano a su cargo, efectuar análisis de indicadores de sus unidades funcionales, e implementar estrategias para garantizar el cumplimiento de sus objetivos.

Son seleccionados a través de los proceso de selección y promoción de la clínica.

- **Funciones**

Las descritas en el Manual de Descripciones y Perfiles de Cargo.

11. CONTROLES EXTERNOS

Organismos externos de regulación, vigilancia y control

Son los ejercidos por diferentes organismos de vigilancia y control: La Revisoría Fiscal, el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Secretaría de Salud, y en caso especial el Comité de Vigilancia.

11.1. REVISORÍA FISCAL

- **Nombramiento**

El revisor Fiscal y su suplente serán designados por la Asamblea General de Accionistas para periodos de un año, simultaneo al de la junta directiva, pero pueden ser removidos en cualquier tiempo por la Asamblea y reelegidos indefinidamente. El suplente remplazara al principal en todos los casos de falta absoluta o personal.

- **Requisitos y Régimen aplicable**

El revisor fiscal y el suplente deberán ser contadores públicos y estarán sujetos a las inhabilidades prohibiciones incompatibilidades y responsabilidad que establecen las leyes.

- **Funciones**

Son funciones del revisor fiscal:

Cerciorarse de que las operaciones que se celebren por cuenta de la sociedad se ajustan a las prescripciones de los estatutos, a las decisiones de la asambleageneral y de la junta directiva.

12. ESTÁNDARES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

La Clínica define indicadores que permiten la medición de la gestión del código de ética y buen gobierno. Estos indicadores están a cargo del proceso de Desarrollo Humano y el proceso de Compras y Logística. Los indicadores son analizados en el comité de ética de la Institución**.** El comité se reúne semestralmente y realiza reuniones extraordinarias para análisis de incumplimientos graves detectados.

12.1. INDICADORES SEGUIMIENTO POR DESARROLLO HUMANO

12.1.1. Promedio de Calificación Evaluación de Desempeño

Definición: Corresponde al puntaje promedio obtenido por los funcionarios de la institución en la evaluación de desempeño del total de funcionarios evaluados.

Fórmula: (Sumatoria de las calificaciones de las evaluaciones de desempeño de los funcionarios/ Total de funcionarios a los cuales se les aplicó evaluación de desempeño) *100.

- **Unidad de Medida:** Porcentaje.
- **Muestra:** 100%
- **Tendencia:** Positiva.
- **Rango Mínimo:** 76%
- **Rango Máximo:** 100%
- **Frecuencia:** Anual
- **Responsable:** Coordinador Unidad Funcional Desarrollo Humano.
- **Fuente:** SIINFO- Evaluaciones de Desempeño.

12.1.2. Proporción de Cumplimiento de la Gestión del Código de Ética y Buen Gobierno en clientes internos

Definición: Corresponde a la proporción de investigaciones disciplinarias realizadas del total de funcionarios que cometen faltas al código identificadas enel mes.

Fórmula: (Número de investigaciones disciplinarias realizadas/ Total de funcionarios que cometen faltas al código de ética y buen gobierno identificadas) *100

- **Unidad de Medida:** Porcentaje.
- **Muestra:** 100%
- **Tendencia:** Positiva.
- **Rango Mínimo:** 90%
- **Rango Máximo:** 100%
- **Frecuencia:** Mensual.
- **Responsable:** Coordinador Unidad Funcional Desarrollo Humano.
- **Fuente:** Actas de descargos.

12.1.3. Proporción de funcionarios con conocimiento del código ética y buen gobierno

Definición: Corresponde a la proporción de funcionarios que conocen el código deética y buen gobierno del total de funcionarios evaluados.

Fórmula: (Número de funcionarios /Número de funcionarios que conocen el códigode ética y buen gobierno) *100

- **Unidad de Medida:** Porcentaje.
- **Muestra:** 20%
- **Tendencia:** Positiva.
- **Rango Mínimo:** 80%
- **Rango Máximo:** 100%
- **Frecuencia:** Anual.
- **Responsable:** Director Desarrollo Humano.
- **Fuente:** SIINFO – Evaluaciones Código de Ética y Buen Gobierno

12.2. INDICADORES SEGUIMIENTO POR COMPRAS Y LOGÍSTICA

12.2.1. Promedio de Calificación Evaluación de Proveedores

Definición: Corresponde al puntaje promedio obtenido por los proveedores de lainstitución en su evaluación del total de proveedores evaluados.

Fórmula: (Sumatoria de las calificaciones obtenidas de las evaluaciones de losproveedores/ Total de proveedores a los cuales se les aplicó evaluación) *100

- **Unidad de Medida:** Porcentaje.
- **Muestra:** 100%
- **Tendencia:** Positiva.
- **Rango Mínimo:** 80%
- **Rango Máximo:** 100%
- **Frecuencia:** Anual.
- **Responsable:** Director Administrativo y Financiero, Medico (según el caso).
- **Fuente:** Evaluación de proveedores y aseguradoras.

13. NORMAS DE AUTORREGULACIÓN

El incumplimiento de las funciones y deberes contenidos en este Código dará lugar a las acciones disciplinarias correspondientes y a la imposición de las sanciones:

- **Responsabilidad Administrativa y Civil:** La actuación de cualquier funcionario de la institución, que resulte violatoria de los estatutos o reglamentos de esta, o de cualquier norma legal a la cual se encuentre sujeta, dará lugar a la imposición de sanciones pecuniarias, conforme a las disposiciones establecidas.
- **Responsabilidad Penal:** La utilización indebida de información privilegiada, la receptación, legalización u ocultamiento de bienes provenientes de actividades ilegales, la revelación indebida de documentos o información que deba mantenerse en secreto o reserva, que sea utilizada indebidamente en provecho propio o ajeno, tendrá consecuencias legales.

14. DIFUSIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO

Es responsabilidad del coordinador de la Unidad Funcional de Desarrollo Humano el seguimiento a la difusión, socialización e implementación del código de ética y buen gobierno. Se establecen como mecanismos de difusión:

- Procedimiento de inducción y reinducción.
- Socialización en comité de coordinadores.
- Publicaciones en intranet, carteleras institucionales, entre otros mecanismos de comunicación interna.

15. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Planeación estratégica.
- Políticas Institucionales.
- Procedimiento Evaluación de Desempeño.
- Procedimiento de selección y evaluación a proveedores
- Procedimiento de Información al Usuario y su Familia.
- Procedimiento Consentimiento Informado.
- Procedimiento Comunicación Interna.
- Procedimiento de Inducción y Reinducción Empresarial.
- Procedimiento Bienestar Laboral.
- Procedimiento Medición de Clima Laboral.
- Procedimiento de Evaluación de desempeño.
- Procedimiento Investigaciones Disciplinarias Institucional.
- Descriptivos de cargos y funciones
- Información documentada institucional

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	**FECHA**	**ACTUALIZACIÓN**
1	23/06/2016	Se crea documento
2	23/09/2018	Se revisa documento general y se actualiza según normativa
3	4/02/2019	Se ingresa actualizado el proceso de auditoría.
4	1/05/2021	Se ingresa actualizado el organigrama.
5	1/03/2022	Se ingresa actualizado los documentos de referencia.
6	04/06/2023	Actualización del manual por cambios en la estructura de documentos.
7	04/04/2024	Actualización del proceso de compras y logística
8	18/12/2024	Actualización de comité y vigencias
9	20/04/2025	Actualización de políticas y planeación estratégica

CONTROL DE VERSIÓN		
CREACIÓN	**REVISIÓN**	**APROBACIÓN**
Carolina Mejía **Directora de Desarrollo Humano**	Carolina Mejía **Directora de Desarrollo Humano**	Gloria Esperanza Duque Ospina **Gerente**