

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO GENERAL.....	3
3. ALCANCE	3
4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	3
5. MARCO NORMATIVO.....	4
6. DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	4
7. CAPÍTULO 1. PRINCIPIOS	5
7.1 PRINCIPIOS ÉTICO-MORALES.....	5
7.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	6
7.2.1 MISIÓN.....	6
7.2.2 VISIÓN	6
7.3 VALORES INSTITUCIONALES.....	6
7.4 CULTURA INSTITUCIONAL DESEADA	7
7.5 OFERTA DE VALOR	7
7.6 LÍNEAS ESTRATÉGICAS	7
7.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	8
7.8 INSTANCIAS DIFERENCIADAS PARA TOMAR DECISIONES.....	8
7.9 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA	8
8. CAPÍTULO 2. SOBRE LA PROPIEDAD DE LA EMPRESA.....	9
8.1 ESTRUCTURA DE GOBIERNO.....	9
8.2 FUNCIONES DEL GOBIERNO PROVINCIAL	9
8.3 GERENCIA	9
9. CAPÍTULO 3. SOBRE LA DIRECCIÓN Y LA ESTRATEGIA; ROL DE LA JUNTA DIRECTIVA	10
9.1 JUNTA DIRECTIVA	10
9.2 RESPONSABILIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA.....	10
9.3 COMPROMISOS DE LOS DIRECTORES DE JUNTA DIRECTIVA.....	11
9.4 FUNCIONES DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA	11
9.5 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA	11
9.5.1 AUTOEVALUACIÓN DEL COMPROMISO - DESEMPEÑO – LIDERAZGO - DE JUNTA DIRECTIVA.....	12
9.5.2 POLÍTICA DE SUCESIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA	12
10. CAPÍTULO 4. INTERACCIÓN DE LA GERENCIA CON LA JUNTA DIRECTIVA	12
10.1 INTERACCIÓN DEL EQUIPO GERENCIAL Y LA JUNTA DIRECTIVA	12
11. CAPÍTULO 5. SOBRE LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN, LA RENDICIÓN DE CUENTAS, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA TRANSPARENCIA.....	13
11.1 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	13
11.2 CONFLICTO DE INTERÉS	13
11.3 PARTES INTERESADAS- STAKEHOLDERS	13
11.4 RELACIONAMIENTO CON LAS PARTES INTERESADAS.....	13

11.5 MECANISMOS DE COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN.....	14
12. CAPÍTULO 6. SOBRE LA ARQUITECTURA DE CONTROL Y LA GESTIÓN DE RIESGOS	14
13. CAPÍTULO 7. Sobre la sostenibilidad	16
13.1 PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	20
13.2 COMPROMISOS CON LOS DERECHOS HUMANOS	20
13.3 COMPROMISOS CON LOS ESTÁNDARES LABORALES	21
13.4 COMPROMISOS CON EL MEDIO AMBIENTE	21
13.5 COMPROMISOS CON LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN	22
13.6 HABEAS DATA	22
14. CONTROL DE CAMBIOS.....	23
15. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN	23

1. INTRODUCCIÓN

“Siempre dispuestos a hacer el bien” Marie Poussepin

El objetivo de incorporar en la institución la cultura de gobierno corporativo fundamentado en las buenas prácticas, está orientado a maximizar el enfoque de atención basada en valor, el bienestar de la comunidad, de los colaboradores y el medio ambiente a partir de la gestión eficaz y eficiente de los recursos para generar respuestas innovadoras, sostenibles y de calidad que mejoren la capacidad institucional.

Las directrices contenidas en el presente código pretenden generar mejores decisiones a nivel de propiedad, dirección y equipos gerenciales para el logro de los objetivos estratégicos, por lo tanto su conocimiento y cumplimiento aplica a toda la institución y a todos los colaboradores.

2. OBJETIVO GENERAL

Definir los lineamientos para el control de la gestión de los órganos de gobierno corporativo, con el fin de agregar valor al evitar conflicto de interés, prácticas de corrupción, abuso de poder, manejo ineficiente de los recursos, eventos antiéticos, riesgos en la gestión y que su función contribuya a la mitigación de los riesgos corporativos.

3. ALCANCE

El conocimiento y cumplimiento del presente código aplica a toda la institución, a todos los niveles de gestión y a todas las partes interesadas.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Plataforma Estratégica
- Plan Estratégico Institucional
- Mapa de Procesos
- Manual de Junta Directiva
- Código de conducta
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Derechos y Deberes del Paciente y la Familia
- Política de Manejo Eficiente - Efectivo de los Recursos en los Equipos de Trabajo
- Política de Humanización - Atención Centrada en la Persona
- Política de Responsabilidad Social para el Desarrollo Conjunto
- Política de Confidencialidad de la Información
- Política de Tratamiento de Datos Personales
- Política de la Gerencia de la Información
- Política de Gestión Ambiental
- Política de Gestion Integral del Riesgo
- Autoevaluación Normativa Circular 003 de 2018

5. MARCO NORMATIVO

- Circular 003 de 2018 Superintendencia Nacional de Salud, da Instrucciones generales para la implementación del CEBG medida 17 a 55
- La Ley 1712 de 2014 o de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional
- Ley 1122 de 2007: Artículo 40 “Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud”
- Circular Externa 0018 de 2015 Parámetros de Clasificación de las IPS /A, B, C1, C2, D1, D2, D3
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio – Hospitalario de Colombia V: 3.1 *2018

6. DEFINICIÓN DE TERMINOS

• **Máximo Órgano Social**

Es el máximo órgano de gobierno de la Clínica, y por su figura jurídica, corresponde a la “Comunidad de Hnas. de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen - Provincia de Medellín”

Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de la institución

• **Junta Directiva**

Es el máximo órgano de gobierno encargado de coordinar el funcionamiento ordinario de la Clínica. La junta está conformada por directores patrimoniales o directores ejecutivos y directores externos.

• **Alta Gerencia**

Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa (denominados administradores) u organizacional de la entidad. La Junta Directiva la hace responsable del giro ordinario del negocio de la entidad y la encarga de idear, ejecutar y contralar los objetivos y estrategias de la misma También se incluye en la Alta Gerencia el Auditor interno de Sistema de Control Interno.

• **Sistema de Control Interno (SCI)**

Conjunto de principios, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por la Junta Directiva u órgano equivalente, la Alta Gerencia y demás funcionarios de una entidad prestadora del sistema de salud colombiano para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos relacionados con: (i) La efectividad, la seguridad y la eficiencia de las operaciones, (ii) La confiabilidad y la transparencia de la información de salud y financiera, (iii) El cumplimiento de las leyes y normas que sean aplicables a la entidad, (iv) El salvaguardar los recursos de la entidad, y, (v) El seguimiento y verificación de lo relacionado con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad.

• **Gobierno Organizacional**

Se entiende como el conjunto de normas, principios y órganos internos a través del cual se dirige, controla y diseña la gestión de una persona jurídica, ya sea de manera individual o dentro de un Grupo Empresarial.

- **Gestión de Riesgo Organizacional**

Esta gestión hace parte de la arquitectura de control, la responsabilidad es asignada al comité de junta directiva “Comité de Riesgos” Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la institución.

- **Arquitectura de Control**

Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la Clínica contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización promovidos e implementados (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios colaboradores), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la Institución

- **Comité de Conducta**

Es un comité de Junta Directiva al cual se le asigna la responsabilidad de fortalecer pilares de conducta ética, construir e implementar los lineamientos de las políticas anti – soborno y anti – corrupción, apoyar a la junta directiva en la resolución de conflictos de interés, implementar el programa de cumplimiento anticorrupción en línea con requisitos normativos, entre otros.

- **Conflicto de Interés**

Es aquella situación en la que el juicio del individuo - concerniente a su interés primario - y la integridad de una acción tienden a estar indebidamente influidos por un interés secundario, de tipo generalmente económico o personal. Los conflictos pueden presentarse tanto en empresas públicas como privadas.

7. CAPÍTULO 1. PRINCIPIOS

7.1 PRINCIPIOS ÉTICO-MORALES

Para la Clínica El Rosario el servicio a los enfermos se inscribe en la misión de la Congregación, como una línea de orientación apostólica del carisma, querida por su fundadora, Marie Poussepin; ella funda su comunidad “*para instrucción de la juventud y servicio a los pobres enfermos*” sus principios rectores están determinados por nuestra propia identidad carismática.

- El servicio a la salud será entendido como un servicio de caridad, “*Por los enfermos harán todo lo que la caridad pueda inspirarles*”
- A los enfermos se prestará una atención integral que desde nuestro modelo de atención centrado en la persona, se entiende como atención a la persona en todas sus dimensiones: física, religiosa, psíquica y social y respuesta a sus necesidades.
- Toda política estará inspirada en valores humanos y evangélicos y orientada a dar respuesta a necesidades reales de la comunidad a la que sirve, más que a la luz de consideraciones simplemente financieras.
- Salvaguardar la vida en todas las etapas de su desarrollo desde la concepción hasta su muerte natural, será un imperativo ético.
- Todo acto médico estará al servicio y protección de la vida y orientado al bien del enfermo. El enfermo estará siempre al centro de los procesos, como estrategia para una atención integral.

- Visión antropológica: bíblico-teológica, desde la cual orientará la atención en sus expresiones: educación, asistencia, investigación, humanización, acompañamiento pastoral, atención espiritual y religiosa.
- Respeto a la dignidad de la persona ofreciendo a todos las mismas condiciones de atención: calidad, oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad, de acuerdo a la coherencia ética y moral que pide el Evangelio y normatividad de nuestro sistema de salud.
- Modelo ético coherente con las directrices de la doctrina de la Iglesia Católica, en la cual fundamenta sus reflexiones.

7.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

7.2.1 MISIÓN

Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud, a través de la prestación de servicios de alta complejidad, centrados en la persona, con un equipo humano cálido y calificado para alcanzar desenlaces clínicos superiores, promover el cuidado del medio ambiente, la sostenibilidad económica y la permanencia en el tiempo.

7.2.2 VISIÓN

Para el año 2025 la Clínica El Rosario será reconocida por el desarrollo de centros de cuidado clínico con enfoque de atención basada en valor, consolidándose como una institución con estándares superiores de calidad, innovación y desarrollo tecnológico y como un gran lugar para trabajar.

7.3 VALORES INSTITUCIONALES

Amor: El amor al prójimo está enraizado en el amor a Dios y es ante todo una tarea para cada cristiano. La conducta visible se interpreta en la acogida a todos sin excluir a nadie. Gozoso en todos los servicios que presta. Jamás de mal humor.

Servicio: Actitud de ayuda, entrega, calidez, prontitud para identificar y dar respuesta a las necesidades de las personas en el contexto físico, moral, espiritual y social con gran espíritu de gratuidad. La conducta visible se expresa a través de la disposición permanente para atender y dar respuesta a las necesidades de las personas que interactúan en el contexto de la prestación del servicio de salud

Solidaridad: Sentimiento de compasión o empatía que lleva a conectarse con la realidad del otro, comprender y responder a su necesidad. Se traduce en conductas como el apoyo y promoción de campañas e iniciativas de solidaridad en bien de los más necesitados, así como también en la búsqueda constante del bien común y colaboración con su equipo de trabajo

Honestidad: Cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad, de acuerdo con los valores de verdad y justicia. Se expresa a través de la coherencia con lo que se piensa, se dice y se hace y en la transparencia en las relaciones. Se compagina con la actitud de estar siempre dispuestos para hacer el bien y pureza de intención en todo lo que hace.

Respeto: Reconoce la dignidad y autonomía de cada ser humano, respeta y acoge. Se expresa a través de gestos de acatamiento y promoción los derechos del paciente, respeto por las ideas de otros, trato amable y cortés.

7.4 CULTURA INSTITUCIONAL DESEADA

Seguridad:

Promueve una cultura integral de seguridad, como un comportamiento cotidiano del personal en la institución que previene y /o minimiza el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos asistenciales, accidentes laborales, emergencias internas y/o externas y otros eventos que afecten a las personas, los procesos, la imagen, la infraestructura, la tecnología, la dotación, los ambientes de trabajo y el medio ambiente

Humanización:

“Por los enfermos harán todo lo que la caridad pueda inspirarles”. “Evitaran toda acepción de personas y no manifestaran preferencias si no a aquella que por la pobreza o por los sufrimientos sean más acreedoras a su compasión y caridad”, promoviendo así la dignidad humana.

Liderazgo:

Capacidad para tener ascendencia sobre otros, para recibir de ellos la aceptación de ese rol. Implica la capacidad de conducir a otros para lograr resultados.

La cultura de liderazgo esperada es aquella que guía y acompaña a los equipos de trabajo en los diferentes niveles de gestión, siempre en coherencia con la estrategia institucional.

Trabajo en Equipo:

“Muy aplicados al trabajo, siempre dispuestos a ser en bien y pureza de intención en todo lo que hagas”

Implica trabajar en cooperación con otros, ser parte de un equipo, trabajar juntos, para lograr un objetivo común. Trabajar en equipo implica desarrollar competencias de escucha, tolerancia, respeto por la diversidad, saber que se llega al logro con el esfuerzo y la participación de todos.

7.5 OFERTA DE VALOR

“Amor que acompaña y servicio que alivia”

En la Clínica se garantiza la Oferta de Valor mediante una atención de salud, con calidad, calidez, centrada en la persona, respeto por su vida, su dignidad y la promoción humana. Con un talento humano competente y comprometido con una gestión clínica excelente y segura, respeto por la privacidad, la custodia de la información y cuidado del medio ambiente.

7.6 LÍNEAS ESTRATÉGICAS

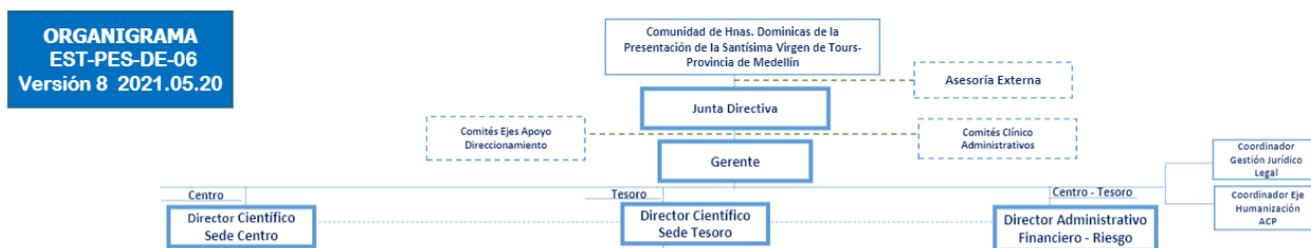
- Desenlaces clínicos superiores
- Experiencias memorables para las personas
- Eficiencia operacional y sostenibilidad

7.7 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Alcanzar estándares superiores de calidad que promuevan el fortalecimiento de los procesos organizacionales
- Consolidar el modelo de atención como estrategia integradora de la gestión del riesgo y la seguridad clínica
- Desarrollar estrategias que generen valor para los pacientes
- Promover y desarrollar la humanización y la atención centrada en la persona para generar experiencias memorables para los pacientes y sus familias
- Consolidar un modelo de gestión y desarrollo integral del talento humano que promueva la transformación cultural y oriente a la institución como un gran lugar para trabajar
- Potencializar la gestión de la tecnología en salud y la innovación para impulsar la atención basada en valor que permita la toma de decisiones y mejore la satisfacción de los usuarios
- Optimizar el uso eficiente de los recursos a través de procesos costo-efectivos que contribuyan al incremento de la productividad
- Maximizar la rentabilidad para garantizar la sostenibilidad institucional
- Minimizar el impacto ambiental negativo derivado de la operación institucional en línea con los principios del pacto global

7.8 INSTANCIAS DIFERENCIADAS PARA TOMAR DECISIONES

La institución es propiedad de la Comunidad de Hermanas Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen, por lo tanto su máximo órgano social es el Gobierno Provincial. El máximo órgano social tiene representación en la Junta Directiva y en la gerencia, las direcciones apoyan las tomas de decisiones a través del apoyo y asesoría en estancias como comités y coordinaciones diferenciadoras transversas como humanización, jurídico-legal- gestión del riesgo, tecnología y técnico-científicos quienes vigilan la política de prestación de servicios.



Tomado de: *Organigrama Institucional EST-PES-DE-06*

7.9 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA

La Clínica El Rosario se compromete con la implementación de acciones permanentes que permitan fortalecer sus valores y principios institucionales, mediante la adopción de buenas prácticas de integridad en el relacionamiento con sus partes interesadas, con el fin de dar cumplimiento a los principios de la transparencia, el buen clima organizacional, credibilidad, confianza y la creación de valor social

8. CAPÍTULO 2. SOBRE LA PROPIEDAD DE LA EMPRESA

8.1 ESTRUCTURA DE GOBIERNO

La institución es propiedad de la Comunidad de Hermanas Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen, por lo tanto su máximo órgano social es el Gobierno Provincial. El máximo órgano social tiene representación en la Junta Directiva.

8.2 FUNCIONES DEL GOBIERNO PROVINCIAL

Para la Clínica el Rosario de Medellín el máximo órgano social es la *“Comunidad de Hnas. de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen - Provincia de Medellín”* es responsable de:

- Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos.
- Vela por el cumplimiento de objetivos, misión, visión de la Clínica
- Define las funciones del representante legal
- Hace seguimiento a los balances finales presentados por directores y/o representante legal y el informe del revisor fiscal
- Analiza y aprueba los principios y procedimientos para la selección de directores de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva de la Clínica
- Define las funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.
- Y otras funciones propias del máximo grupo social relacionadas con la Congregación

La toma de decisiones se fundamenta en el carisma congregacional y obedece a lineamientos claros desde el máximo órgano social, el máximo órgano administrativo y la gerencia de la institución.

8.3 GERENCIA

Cargo con Perfil Religioso de la comunidad de Hermanas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tours – Provincia Medellín, nombrada por la Superiora Provincial de la Comunidad, responsable de liderar la gestión institucional en línea con el plan de direccionamiento estratégico, el modelo de atención, las políticas estratégicas, además debe conocer el detalle de la gestión institucional, gerencia integral del riesgo, participa en el análisis de resultados de gestión con el grupo directivo, (desempeño de procesos, gestión de proyectos, gestión de riesgos, retos del sistema y del medio, gestión con las partes interesadas, información y comunicación, desempeño ético de la Clínica), además es responsable de conocer las posibles acciones para intervenir, tomas de decisión relevantes desde la alta dirección para favorecer el logro de objetivos institucionales y de la Congregación.

Esta intervención asegura que toda la gestión de la Clínica se enmarque de manera apropiada en el contexto de objetivos Congregacionales, Institucionales, la identificación y respuesta coherente a los retos cambiantes del entorno.

9. CAPÍTULO 3. SOBRE LA DIRECCIÓN Y LA ESTRATEGIA; ROL DE LA JUNTA DIRECTIVA

9.1 JUNTA DIRECTIVA

La junta directiva está conformada por miembros patrimoniales, pertenecientes al máximo órgano social y miembros ejecutivos, de los cuales, algunos de ellos cumplen con la característica patrimonial y ejecutivo al ser parte del Gobierno provincial. La junta no cuenta con miembros independientes permanentes, sin embargo entre sus mecanismos de asesoría dispone de expertos externos los cuales se vinculan a la junta directiva a través de proyectos o aspectos coyunturales.

Los Directores de la Junta Directiva, cumplen con los lineamientos de la cultura organizacional. Algunos de ellos tienen designación por parte del Gobierno Provincial, según su experiencia y rol desempeñado dentro de la misma, con conocimientos como expertos en temas comerciales, relacionamiento, financieros y sector salud. Otros miembros responden a las exigencias del sector salud, por lo que se requiere experticia en las condiciones propias del sector (calidades científicas, académicas y trayectoria profesional).

9.2 RESPONSABILIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

- Definir la orientación estratégica de La Clínica y su cobertura geográfica, en el contexto de la regulación que le es aplicable y hacerle seguimiento periódico.
- Medir y evaluar de forma periódica, la calidad de los servicios de salud prestados y de los procesos de atención al usuario.
- Monitorizar el cumplimiento de políticas estratégicas (Ejes de apoyo al direccionamiento).
- Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores trazadores de la gestión Junta y gestión institucional
- Ejecutar el monitoreo al desempeño de proyectos estratégicos
- Realizar la planeación financiera y la gestión de los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión y los proyectos de la institución.
- Aprobar el presupuesto anual y el plan estratégico.
- Identificar, medir y gestionar las diversas clases de riesgos (de salud, económicos, reputacionales, de lavado de activos, entre otros), y establecer las políticas asociadas a su mitigación.
- Establecer planes de sistemas de información para cumplir los objetivos de la institución y los requerimientos de las autoridades, los pagadores y los usuarios, y supervisar su implementación.
- Verificar el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno, de las políticas del sistema de gestión de riesgos y el cumplimiento e integridad de las políticas contables.
- Hacer la propuesta al Consejo Provincial (máximo órgano social) para la designación del Revisor Fiscal, previo el análisis de experiencia y disponibilidad de tiempo, recursos humanos y recursos técnicos necesarios para su labor.
- Establecer las políticas de información y comunicación con los grupos de interés de la institución, incluyendo: los pacientes y sus familias, el cuerpo médico, las autoridades nacionales y locales, los pagadores, los proveedores y colaboradores.
- Definir la política de sucesión de la Junta Directiva.

- Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la Alta Gerencia y de la Junta Directiva, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.
- La aprobación del Código de Conducta y de Buen Gobierno.
- Velar por el cumplimiento de las normas de Gobierno Organizacional.
- Validar las Partes Interesadas identificadas a nivel institucional, para establecer necesidades y proponer estrategias de comunicación.
- Conocer y administrar los conflictos de interés entre la institución y miembros del Máximo Órgano Social, miembros de La Junta Directiva y la Alta Gerencia.
- Velar porque el proceso de proposición y elección de los Directores de la Junta Directiva se efectúe de acuerdo con las formalidades previstas por la institución.

9.3 COMPROMISOS DE LOS DIRECTORES DE JUNTA DIRECTIVA

- Aceptación del rol a asumir en la junta directiva al ser elegido o reelegido (presidente, secretario (a), director)
- Confidencialidad por la información que conocerá en el ejercicio de director de junta.
- Declaración de independencia en el caso de un director independiente.

9.4 FUNCIONES DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA

Tiene la responsabilidad general sobre la gestión institucional, incluyendo la aprobación y la supervisión de la implementación que haga la alta gerencia de los objetivos estratégicos, la estructura de gobierno y la cultura organizacional.

Es el puente de comunicación entre la Junta Directiva y la Comunidad de Hermanas Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen- Provincia de Medellín, Máximo Órgano Social de la institución.

Es responsable de cuidar porque la ejecución de los acuerdos de Junta Directiva se lleven a cabo.

9.5 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

La junta directiva evalúa la eficacia de su gestión en tres aspectos

- La gestión como grupo de junta directiva
- La gestión individual de cada director
- La gestión de los comités de junta directiva

9.5.1 AUTOEVALUACIÓN DEL COMPROMISO - DESEMPEÑO – LIDERAZGO - DE JUNTA DIRECTIVA

La junta directiva evalúa los siguientes aspectos:

- Compromiso de los miembros de Junta Directiva
- Desempeño de la Junta Directiva como máximo órgano Administrativo
- Operación y Dinámica de la Junta Directiva
- Liderazgo - Seguridad - Trazabilidad de la gestión de la Junta Directiva
- Desempeño de Comités de Junta Directiva
- Alta Gerencia - desempeño e involucramiento en la sostenibilidad de la clínica y estrategia

9.5.2 POLÍTICA DE SUCESIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

La conformación de la Junta Directiva se estructura por ciclos de cinco años, es responsable de su conformación el Máximo Órgano Social (capítulo Provincial o Consejo Provincial). La elección de los miembros de la comunidad esta en cabeza del gobernó provincial, y la elección de los seglares se realiza por decisión unánime por parte de los miembros de la junta directiva.

10. CAPÍTULO 4. INTERACCIÓN DE LA GERENCIA CON LA JUNTA DIRECTIVA

Las funciones de Junta Directiva que son indelegables en la Gerencia Son:

- La aprobación de lineamientos o políticas financieras, gobierno corporativo y de información y comunicación con los propietarios de la institución.
- Definir y aprobar la política de riesgos y fijar los límites máximos de exposición a los riesgos identificados
- Conocer y monitorear los principales riesgos y la efectividad de su gestión. Supervisar periódicamente la metodología de gestión de riesgos.
- La aprobación de las inversiones, desinversiones u operaciones de todo tipo que por su cuantía y/o características sean calificadas como estratégicas o que afectan activos o pasivos estratégicos
- La emisión de normas relativas a su propio funcionamiento, como lo es la creación de comités de apoyo de la Junta Directiva y la emisión de reglamentos de funcionamiento de cada comité y de la Junta Directiva
- La administración de conflictos de interés entre la sociedad y propietarios, miembros de Junta Directiva y la Alta Gerencia

10.1 INTERACCIÓN DEL EQUIPO GERENCIAL Y LA JUNTA DIRECTIVA

Anualmente o cuando las circunstancias lo requieran, la junta directiva en conjunto con el equipo gerencial realizan un ejercicio de validación del modelo de negocio fundamentado en los resultados que miden la viabilidad y competitividad de los modelos de negocio.

El plan estratégico es diseñado conjuntamente con las partes interesadas, es considerado una herramienta en donde se alinean la visión y las estrategias de los diferentes niveles de decisión, ejecución y operación, con los objetivos trazados para la organización. El equipo gerencial y la junta directiva definen e implementan el plan estratégico y hacen un seguimiento periódico del mismo.

La evaluación de los indicadores estratégicos se lleva a cabo en las sesiones de la junta directiva, es presentado por el grupo gerencial con base en el cuadro de mando integral del direccionamiento estratégico. Las decisiones para ajustar la estrategia en búsqueda del logro de los objetivos estratégicos se toman en conjunto entre el órgano de dirección, el equipo gerencial y la junta directiva.

11. CAPÍTULO 5. SOBRE LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN, LA RENDICIÓN DE CUENTAS, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA TRANSPARENCIA

11.1 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Clínica en cumplimiento de la normatividad vigente y en respeto a los derechos del paciente ha implementado la política de confidencialidad de la información, comprometiéndose con la custodia y confidencialidad de información que contiene datos sensibles, para lo cual ha desarrollado estrategias tendientes a asegurar su cumplimiento.

11.2 CONFLICTO DE INTERÉS

Proponer un documento mediante el cual se establezcan las directrices para la revelación y el manejo adecuado de eventuales conflictos de interés para miembros de Junta Directiva, y colaboradores de la institución.

11.3 PARTES INTERESADAS- STAKEHOLDERS

Son personas, grupos y empresas que tienen intereses de cualquier tipo en la Clínica y se ven afectados por sus actividades. Son interesados, directos o indirectos, en que la institución funcione

Su gestión impacta de manera positiva o no, el cumplimiento de la Misión, Visión y la Oferta de Valor

Las partes interesadas son priorizadas con respecto a:

- Logro de Objetivos Institucionales
- Nivel de riesgo en la Gestión Institucional
- Poder que ejercen en las Negociaciones con la Clínica

11.4 RELACIONAMIENTO CON LAS PARTES INTERESADAS

La comunicación interna en la Clínica se realiza de tres formas:

- Comunicación vertical descendente: Desde la junta directiva y la Gerencia hacia el Comité de Dirección, líderes y Stakeholders
- Comunicación vertical ascendente: Desde el personal de la institución a los líderes, Comité de Dirección, Gerencia y Junta directiva
- Comunicación horizontal: Entre los miembros de la Junta Directiva, Líderes y comités.

Se tienen establecidos tanto los mecanismos como los contenidos de acuerdo con los objetivos de las comunicaciones.

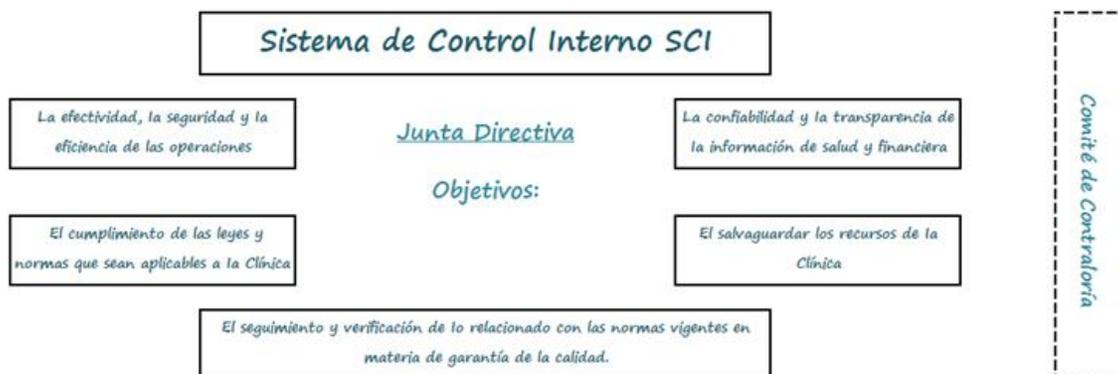
El informe de sostenibilidad tiene como objetivo comunicar públicamente los impactos de la gestión institucional en el ámbito social, económico y ambiental; conlleva un proceso de medición y análisis al interior de los procesos institucionales para llevar a cabo la rendición de cuentas a los grupos de interés, tanto internos como externos.

11.5 MECANISMOS DE COMUNICACIÓN CON LA COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN

La superiora del Gobierno Provincial de Medellín, por derecho propio y bajo los estatutos de la comunidad es la presidente de la junta directiva de la institución, así mismo la Gerencia general es un encargo a uno de los miembros de la comunidad de hermanas, estos cargos definen tanto las líneas de comunicación como de control del grupo propietario con el equipo gerencial de la clínica.

12. CAPÍTULO 6. SOBRE LA ARQUITECTURA DE CONTROL Y LA GESTIÓN DE RIESGOS

Este sistema de control interno (SCI) busca cumplir objetivos de la junta directiva relacionados con la gestión administrativo – contable – financiero ver esquema



El SCI debe propender por consolidar una cultura de autocontrol, autogestión y autorregulación.

El Sistema de Control del Riesgo lo componen:

Primera línea de defensa. Procesos Asistenciales y Administrativos:

- Identificar y analizar los riesgos de sus objetos de análisis a cargo (servicios asistenciales, procesos administrativos y de apoyo, proyectos).
- Implementar planes de acción, analizar, generar y mantener los controles.
- Desarrollar planes de tratamientos para gestionar los riesgos cuya severidad se encuentren por fuera del apetito de riesgo definido por la clínica.
- Solicitar apoyo al jefe de planeación y/o grupo de calidad-mejora continua (segunda línea) para el desarrollo de estas actividades de acuerdo con las políticas de riesgos vigente.

Segunda línea de defensa. Comité de control interno:

- Estructurar políticas, metodologías, lineamientos generales y apetito de riesgo a ser aprobado por la línea directiva.
- Ofrecer acompañamiento técnico y operativo en la identificación y análisis de riesgos.
- Ofrecer acompañamiento técnico y operativo en la identificación y evaluación de controles.
- Acompañar técnicamente el desarrollo de planes de tratamientos.
- Monitorear y validar la evolución del nivel de riesgo de acuerdo con la ejecución de los planes de tratamiento planteados.
- Realizar recomendaciones para la mejora continua del sistema de gestión integral de riesgos de la organización.
- Monitorear la ocurrencia de eventos de riesgo materializados en los objetos de análisis (proyectos, procesos, unidades de negocio)
- Realizar los talleres para el análisis de los procesos y proyecto en curso.
- Realizar las capacitaciones del sistema de gestión integral del riesgo al interior de la clínica.

Tercera línea de defensa. Auditoría:

- Validar de manera independiente los riesgos y controles establecidos en las matrices mediante auditorías y pruebas de recorrido.
- Proveer a la primera y segunda línea los hallazgos que permitan recalibrar las matrices de riesgos existentes.

Junta Directiva					
Gerencia / Comité de Contraloría					
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA		SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA		TERCERA LÍNEA DE DEFENSA	
¿Qué hace?	¿Quién lo hace?	¿Qué hace?	¿Quién lo hace?	¿Qué hace?	¿Quién lo hace?
-Crea y mejora procesos -Identifica riesgos -Identifica causas -Establece medidas de control	Administrativos -Subdirectores -Coordinadores -Jefes -Líderes -Colaboradores -Comité de Sistemas de Gestión Asistenciales -Comité de mejoramiento - Direcciones Científicas, Subdirecciones, Coordinadores, Líderes, Colaboradores	-Guía la metodología - Brinda herramientas - Asesora la primera línea - Reporta a la Gerencia	-Comité de control interno -Equipo de planeación y mejoramiento continuo	-Evalúa la primera y segunda línea -Recomienda - Informa	-Auditoría Interna

13. CAPÍTULO 7. Sobre la sostenibilidad

Durante el análisis realizado en el ejercicio de definición del plan estratégico, la institución concluyó que la eficiencia operacional, le permite a la institución comprender los recursos utilizados para mejorar los procesos y rediseñar la atención, por lo cual está constituyó una de las líneas estratégicas del plan estratégico.

Iniciativas estratégicas	MCI	Medidas Predictivas
Centralización de las compras institucionales	Centralizar el 50% de las compras institucionales de material médico quirúrgico y de osteosíntesis y material médico en consignación de los servicios de hemodinamia y cirugía a diciembre de 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trasladar el 80% de las solicitudes de compras de material médico quirúrgico y de osteosíntesis de ambas sedes al área de compras 2. Trasladar el 80% de las solicitudes de compras de material médico en consignación de los servicios de hemodinamia y cirugía al área de compras
Mejoramiento en la rotación de inventarios	Disminuir la de rotación de inventario de 53 a 40 días a diciembre de 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir y parametrizar el 100% de los niveles de stock de inventario en 2 servicios críticos: Cirugía para ambas sedes 2. Realizar 1 inventario cíclico y aleatorio semanal en los diferentes almacenes (incluir urgencias) que manejan el stock de inventarios
Desarrollo de auditoria concurrente para la integración clínico-administrativa	Disminuir el porcentaje de glosa preliminar en un 1% pasando de 3% a 2% en los servicios de hospitalización medico quirúrgica, en el periodo comprendido entre julio de 2021 a junio de 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenir los criterios de pertinencia y oportunidad en la ronda médico administrativa semanal en los servicios de unidad de alta dependencia adultos y pediátrico, UCI neonatal 2. Gestionar los soportes de Oxígeno y medicamentos e insumos por parte del personal de enfermería semanal

<p>Gestión presupuestal para la contención del costo</p>	<p>Identificar las desviaciones en los costos y el presupuesto para los servicios de Sede Tesoro (Quimioterapia, radioterapia, Cardiología no invasiva, hemodinamia, cirugía cardiovascular, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Alta Dependencia) y Sede Centro (cirugía ortopédica, cirugía ginecobstétrica, imágenes diagnósticas y programa PAI) a diciembre de 2021</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las causas de las desviaciones por unidad estratégica y servicios 2. Realizar seguimiento a las actividades que impactan en el costo y los ingresos de los servicios priorizados
<p>Incremento de ventas a clientes (aseguradoras) seleccionados-Centro</p>	<p>Incrementar la venta de servicios en la sede centro a diciembre de 2021, en un 10% con relación al 2019, para las principales aseguradoras: Sura EPS, Sura ARL, Sumimedical y Salud Total EPS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar 10% más en el total de cirugías (incluye todas las especialidades) 2. Incrementar en un 10% los procedimientos de apoyo diagnóstico como imaginología, Dolor y cuidados paliativos. 3. Gestionar el convenio con al menos dos aseguradoras seleccionadas para la prestación del Programa de Piso pélvico
<p>Incremento de ventas a clientes (aseguradoras) seleccionados-Tesoro</p>	<p>Incrementar en un 15% el promedio de las ventas a las siguientes aseguradoras: Suramericana póliza, SURA EPS, COOMEVA MP, COLSANITAS MP a diciembre 31 del 2021</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer en promedio 2 cirugías infantiles de alto costo, (programa craneofacial, distractores óseos y Neurocirugía infantil) al mes para SURA EPS. 2. Aumentar el volumen de procedimientos en el servicio de imágenes diagnósticas y gastroenterología en un 15% para pólizas y medicinas prepagadas con respecto al 2019 3. Contratar la integralidad de la atención de las pacientes de EPS SURA con patología pélvica

Incremento de ventas de servicios de alta complejidad-Centro	Incrementar las ventas de cirugías de alta complejidad en la sede centro a diciembre de 2021 en un 10%, con respecto al 2020.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar el número de cirugías de ortopedia (reemplazos articulares y cirugías de columna) y neurocirugía cada mes en un 10% 2. Incremento del 10 % en la producción de servicios mediante demanda inducida de los pacientes con servicios autorizados de Sura EPS.
Incremento de ventas de servicios de alta complejidad-Tesoro	Crecer en un 10% en promedio las ventas de los servicios de: cirugía, cardiología, oncología al 31 de diciembre del 2021 con respecto al 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar 2 rutas de atención integradas que muestren gestión del riesgo. (integración asistencial - administrativa) oncología y gastroenterología y cirugía infantil. 2. Incremento en venta de chequeos ejecutivos en un 20% con respecto al 2019(la demanda de otros servicios se ve incrementada por esta venta) 3. Iniciar prestación de servicios oncológicos a EPS sanitas.
Mejoramiento de la productividad de los servicios de alta complejidad-Centro	Mantener en un 82% el porcentaje de ocupación del servicio de cirugía a diciembre de 2021.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir en un 20% el indicador de cancelación de cirugías atribuibles a la institución de la especialidad de ortopedia y neurocirugía. 2. Gestionar el 100% de la lista de espera de cirugía de los pacientes del PAI de urología y reemplazos articulares 3. Gestionar la asignación de cama al 100% de los pacientes quirúrgicos que lo requieran

<p>Mejoramiento de la productividad de los servicios de alta complejidad-Tesoro</p>	<p>Incremento en el margen operacional del 2% para cada servicio: cirugía, hemodinamia, quimioterapia y radioterapia al 31 de diciembre de 2021 con respecto al 2020</p>	<p>1. Enfocar la venta de servicios quirúrgicos basada en los 5 procedimientos más rentables para la institución. 2. Incrementar los procedimientos de electrofisiología por medio de un contrato con una EPS. 3. Contratar la integralidad de las especialidades de apoyo oncológico (cirugía oncológica, urología oncológica, patología oncológica, gastroenterología)</p>
<p>Certificación de huella de carbono</p>	<p>1. Automatizar las unidades manejadoras de aire UMA de los servicios críticos (UCIs y Cirugía para controlar su operación según la demanda y estandarizar temperatura mínima a 19°C en el segundo semestre de 2021 2. Lograr el cumplimiento el 100% de los criterios incluidos en los niveles 1, 2 y 3 de la norma ISO 14067 para aspirar a la certificación de la Huella de Carbono a diciembre de 2021</p>	<p>1. Automatizar una UMA de forma semana en los servicios críticos (UCIs y Cirugía) 2. Realizar la evaluación de la contribución en toneladas de CO2 del 50% de los insumos utilizados en los procesos institucionales (extintores, cilindros de gases etc)</p>
<p>Gestión de residuos proyectada al cuidado del medio ambiente</p>	<p>1. Aumentar en un 5% el material reciclable en el segundo semestre del 2021 2. Implementar en un 3% compras sostenibles en servicios claves en el segundo semestre 2021</p>	<p>1. Aumentar en un 80% la cobertura de capacitación de los colaboradores y aliados estratégicos incentivando a segregación del material reciclable. 2. Realizar 1 verificación semanal en el manejo de residuos enfatizando en material reciclable 1. Implementar el cambio del 100% de los insumos usados en entrega de las dietas a los pacientes (pitillos, papel de bandeja, portacubiertos, vasos desechables) por material biodegradable.</p>

<p>Gestión energética y de vertimientos para mitigar los impactos ambientales negativos</p>	<p>Disminuir en un 10% el consumo de agua a diciembre de 2021</p>	<p>1. Realizar capacitación en estrategias para impactar en el consumo del agua con una cobertura del 80% del personal asistencial 2. Hacer seguimiento semanalmente a la efectividad de las acciones para disminuir el consumo de agua en los servicios claves (UCIS-Cirugía-Central de esterilización-lavandería-Nutricion) identificando variaciones</p>
---	---	--

- La aprobación del presupuesto es realizada por la Junta Directiva.
- El seguimiento a la ejecución presupuestal es responsabilidad de la dirección administrativa y financiera.

13.1 PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

La sostenibilidad en la organización es entendida como la intención continua por generar impactos positivos desde las actividades desarrolladas y las acciones presentes en el ámbito social, económico y ambiental con el fin de garantizar los recursos necesarios para las futuras generaciones.

La Clínica El Rosario trabaja continuamente para fortalecer el compromiso con el desarrollo sostenible de la organización y por tal razón contribuya con la generación de valor social ambiental y financiero consolidándose como una organización innovadora, humana y promotora de un mejor entorno.

Para la clínica la responsabilidad social implica alinear maximizar y reforzar las iniciativas existentes en materia de sostenibilidad, enfocar estratégicamente los esfuerzos realizados, gestionar y mitigar los impactos en la prestación de servicios y fomentar relaciones estables con las partes interesadas adoptando las operaciones a un entorno de cambios continuos para favorecer así la transformación positiva del desarrollo sostenible.

13.2 COMPROMISOS CON LOS DERECHOS HUMANOS

Principio 1: La Clínica El Rosario promueve el desarrollo y el respeto por la protección de los derechos humanos reconocidos universalmente dentro de su ámbito de influencia.

Principio 2: La Clínica El Rosario debe asegurarse de no actuar como cómplices de violaciones de los derechos humanos

“Evitarán toda acepción de personas y no manifestarán preferencia sino aquellas que por la pobreza o por los sufrimientos sean más acreedores de su compasión y caridad” Marie Poussepin

La Clínica El Rosario dentro de su compromiso de velar por los derechos humanos y en fidelidad a la filosofía institucional promueve el respeto por la vida y la dignidad de la persona sin ninguna distinción de credo, raza, religión o condición social y las libertades fundamentales en las actividades desarrolladas dentro de la institución.

Desde el pensamiento organizacional se promueve el respeto a la dignidad de la persona acogiendo las directrices ético-legales, adopta los derechos del paciente como postulados básicos para un servicio humanizado, se compromete a reconocer estos derechos y a promover su cumplimiento según resolución 13437 de 1991, la sentencia C-900 de 2006 de la Corte Constitucional sobre los derechos de los niños y niñas y la ley 360 de 1997 sobre violencia sexual.

13.3 COMPROMISOS CON LOS ESTÁNDARES LABORALES

Principio 3: La Clínica El Rosario se compromete con respetar la libertad de asociación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva por lo tanto los colaboradores tienen libertad de asociación con la finalidad de acercarse a los representantes de la institución para plantear sus necesidades y propuestas de mejora.

Principio 4: La Clínica El Rosario se compromete con la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción. Por lo tanto, las relaciones establecidas entre la institución y los diferentes grupos de interés, como los colaboradores, son producto de la voluntad y el acuerdo libre y espontáneo entre las partes, en un ambiente de dialogo y respeto mutuo.

Principio 5: En la Clínica El todos los colaboradores de la institución cuentan con la mayoría de edad al momento de la suscripción de su contrato laboral y así promueve la abolición del trabajo infantil.

Principio 6: La Clínica El Rosario se complementa con la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y ocupación. Por lo tanto, en ningún proceso institucional cualquiera que sea su etapa de planificación, ejecución o mejoramiento se discrimina por razones de raza, sexo, religión, origen, orientación política o cualquier otra circunstancia, las personas se consideran iguales para el acceso a las oportunidades laborales y beneficios institucionales.

13.4 COMPROMISOS CON EL MEDIO AMBIENTE

Principio 7: La Clínica El Rosario a través de diferentes estrategias promueve el respeto por el medio ambiente y el cuidado de la casa común.

Su gestión garantiza el cumplimiento de la legislación y reglamentación ambiental existente, la socialización, comprensión y aplicación de la política de gestión ambiental, con el fin de prevenir controlar y minimizar los impactos ambientales en las actividades de la institución.

Principio 8: La Clínica El Rosario fomenta iniciativas que promueven una mayor responsabilidad ambiental, su implementación se enfoca en el manejo integral del agua, manejo integral de la energía y manejo integral de residuos.

Principio 9: La Clínica El Rosario está comprometida con el desarrollo y la difusión de las tecnologías respetuosas con el medio ambiente.

13.5 COMPROMISOS CON LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

Principio 10: La Clínica El Rosario se compromete a trabajar en contra de la corrupción en todas sus formas incluidas la extorsión y el soborno.

La Clínica fomenta los valores y la transparencia en las relaciones promulgando las siguientes premisas

- Evitar competencia desleal, rechazar acuerdos de fijación de precios para manejar el mercado
- La competitividad para los servicios y productos se regirá bajo las normas de calidad, veracidad, seguridad y adquisición lícita sobre la información de la competencia
- Rechaza pactos de distribución territorial de mercados para ejercer control desleal
- Evitar vender medicamentos insumos y servicios por debajo del costo para hacerse al control del mercado

13.6 HABEAS DATA

Dando cumplimiento a lo establecido en la ley 1581 de 2015 y al decreto reglamentario 1377 de 2013, la clínica desarrolló el sistema de gestión de Habeas data mediante en el cual se reconoce la garantía del derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos

LA CLÍNICA es garante de los derechos de la privacidad, la intimidad y el buen nombre se constituyen en pilares fundamentales de las políticas institucionales.

Las disposiciones definidas en el sistema de Gestión de Habeas Data son aplicables a los datos personales registrados en cualquier base de datos de LA CLÍNICA y protege tanto al recurso humano como a los pacientes y familiares y en general todo tipo de personas que entren en relación con la institución y hayan suministrado información susceptible de este tipo de protección.

La institución le otorga especial protección a los derechos de los niños, niñas y adolescentes de quienes solo podrá darse tratamiento de datos personales bajo las estrictas condiciones establecidas en la ley.

14. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha de Actualización	Versión a Actualizar (anterior)	Cambios Realizados a la Versión
2022-02-16	NA(0)	Se separa del documento EST-PES-DE-04 Código de Ética y Buen Gobierno el cual se anula por recomendación de visita de habilitación, se actualiza todo el documento a nivel general y se publica con nuevo código y en versión 1.
2023-01-27	V1	Se modifica el capítulo 6 “Arquitectura de control y gestión del riesgo” de conformidad con lo establecido en el documento “Modelo de gestión integral del riesgo”
2023-05-12	V2	Se ajusta el capítulo 5, pasando de política a documento la regulación del conflicto de interés.

15. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN

Elaboración	Revisión Técnica	Aprobación Corporativa
Nombre / Cargo: Luz Daniela Martínez Blanco / Coordinadora Jurídica.	Nombre / Cargo: Comité de Dirección.	Nombre / Cargo: Junta Directiva.
Fecha: 2022-02-16	Fecha: 2022-02-16	Fecha: 2022-02-16
Nombre / Cargo: Luz Daniela Martínez Blanco / Coordinadora Jurídica.	Nombre / Cargo: Lucia Alzate / Jefe de Control Interno.	Nombre / Cargo: Comité de Mejoramiento Continuo.
Fecha: 2023-01-27	Fecha: 2023-01-27	Fecha: 2023-01-27
Nombre / Cargo: Luz Daniela Martínez Blanco / Coordinadora Jurídica.	Nombre / Cargo: Maria Elena Ceballos / Profesional SGC.	Nombre / Cargo: Comité de Mejoramiento Continuo.
Fecha: 2023-05-12	Fecha: 2023-05-12	Fecha: 2023-05-12